ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
НА ТЕРРИТОРИИ ПЕРМСКОГО КРАЯ НА 2026 ГОД

(в редакции изменений от 30.01.2026)

г. Пермь «29» декабря 2025 г.

Правительство Пермского края, в лице его представителя – заместителя председателя Правительства Пермского края Никифорова С.О.,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края, в лице его представителя – директора Мельниковой Т.П.,

страховые медицинские организации, в лице их представителя – директора АСП ООО «Капитал МС» – Филиала в Пермском крае Мунгаловой М.В.,

профессиональный союз медицинских работников, в лице его представителя – заместителя председателя Пермской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Черемных А.А.,

медицинская профессиональная некоммерческая организация, в лице ее представителя – члена правления Пермской краевой общественной организации «Профессиональное медицинское сообщество Пермского края» Касатова А.В.,

именуемые в дальнейшем – Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом, постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Программа), Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н (далее – Правила ОМС), Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования, одобренными решением рабочей группы Министерства здравоохранения Российской Федерации в части оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по клинико-статистическим группам за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (протокол заседания от 24.10.2024 № 90/31-2/550), направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда

обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 № 31-2/115 – 00-10-26-2-06/965 (далее – Методические рекомендации), постановлением Правительства Пермского края от 23.01.2026 № 27-п «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Программа). *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

2. Предмет Тарифного соглашения

2.1. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края (далее – ТП ОМС), являющейся составной частью Программы (далее – тарифы), их структуры и порядка применения, способов оплаты медицинской помощи и размера 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 по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края.

2.2. Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения Сторон, а также медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по ТП ОМС, возникающие при реализации ТП ОМС.

2.3. Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

3. Список сокращений

ОМС – Обязательное медицинское страхование;

ФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Пермского края;

Комиссия – Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Пермского края;

ТП ОМС – Территориальная программа обязательного медицинского страхования;

СМО – Страховая медицинская организация;

МО – Медицинская организация;

СМП – Скорая медицинская помощь;

ФП/ФАП – фельдшерско-акушерский пункт/ фельдшерский пункт/ фельдшерский здравпункт;

МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр);

КСГ – Клинико-статистическая группа;

УЕТ – Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи;

ВМП – Высокотехнологичная медицинская помощь;

ЭКО – Экстракорпоральное оплодотворение;

МЭК – Медико-экономический контроль;

МЭЭ – Медико-экономическая экспертиза;

ЭКМП – Экспертиза качества медицинской помощи;

Номенклатура медицинских услуг – Номенклатура медицинских услуг, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Стандарт – Стандарт оказания медицинской помощи, утвержденный

уполномоченным федеральным органом исполнительной власти Российской Федерации.

4. Основные понятия и термины

4.1. **Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент», «диспансерное наблюдение»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном в Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. **Понятия «медицинская организация», «застрахованные лица»** (далее – пациент, лица, пациенты), **«страховой случай»** применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом.

4.3. **Плановый объем медицинской помощи** – годовой объем предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в рамках ТП ОМС по условиям ее оказания, распределенный между МО и перераспределяемый в течение года Комиссией.

4.4. **Тариф** – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (обращение, посещение, комплексное посещение, законченный/прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепившихся лиц, размер возмещения и состав компенсируемых расходов МО по оказанию медицинской помощи в рамках ТП ОМС.

4.5. **Посещение** – контакт пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме по поводу страхового случая, включающее комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

4.6. **Первичный прием –** первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу острого заболевания, травмы, отравления; обострения хронического заболевания; первое посещение в календарном году пациента, состоящего на диспансерном учете; первое посещение в календарном году по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп.

4.7. **Повторный прием** – второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу заболевания, травмы, отравления; второе и все последующие посещения в течение календарного года по поводу выписки лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения для лиц льготных групп.

4.8. **Профилактический прием** – посещение с профилактической целью, не связанное с заболеванием или с обострением хронического заболевания с кодами XXI класса МКБ-10, в том числе:

- посещения в Центрах здоровья;
- посещения в рамках проведения диспансеризации определенных групп населения;
- посещения в рамках проведения углубленной диспансеризации;
- посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров, подлежащих оплате в рамках ТП ОМС в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
- патронажные посещения;
- наблюдение пациенток с неосложненным течением беременности;
- посещения пациенток, обратившихся за направлением на медицинский аборт, а также все прочие посещения, связанные с неосложненным прерыванием беременности по желанию женщины;
- посещения, связанные с применением средств контрацепции;
- осмотры при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при

условии, что во время осмотра у пациента не выявлено заболевание);

- осмотры, проводимые врачами-инфекционистами контактных граждан из очагов инфекционных заболеваний;

- консультативный прием узкого специалиста в составе случая медицинской помощи по заболеванию, если врач при этом не выявил заболевания по своей специальности.

4.9. **Консультативный прием** – посещение врача консультативной поликлиники МО, включенных в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с консультативно-диагностической целью и/или лечебной целью по направлению МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу или врача-специалиста той же или иной консультативной поликлиники, установленный Таблицей 1 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

4.10. **Посещение в неотложной форме** – первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

4.11. **Обращение по поводу заболевания, травмы, отравления** – случай лечения заболевания, травмы, отравления в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений и медицинских услуг в количестве двух или более, состав которого определяется стандартами и порядками оказания медицинской помощи, а также клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.12. **Обращение в приемное отделение стационара** – случай оказания медицинской помощи пациенту в экстренной и неотложной форме, включающий в себя осмотр (консультацию) врача клинической специальности и выполнение лечебно-диагностических мероприятий (при необходимости), не завершившийся госпитализацией в данную МО.

4.13. **Диспансеризация и профилактические осмотры** – все виды диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены Министерством здравоохранения Российской Федерации.

4.14. **Обращение по заболеванию (комплексное посещение) при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» –** законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация» взрослым пациентам, состояние которых оценивается 2 – 3 балла по Шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), детям при хроническом течении заболевания вне обострения при I, II, III уровнях курации, включающий комплекс мероприятий, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента, проводимый мультидисциплинарной реабилитационной командой в амбулаторных условиях в целях осуществления медицинской реабилитации на третьем этапе.

Минимальный набор услуг в составе комплексного посещения, обязательный для выполнения МО, по направлениям (профилям) отдельно для взрослого и детского

населения установлен Приложениями № 1 и № 2 к Алгоритму медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 30.09.2022 № 34-01-02-1152 «Об организации медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация в амбулаторных условиях» (далее – Приказ Министерства здравоохранения Пермского края № 1152)».

4.15. **Законченный случай лечения по клинико-статистическим группам при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях** – предоставление медицинской помощи по заболеванию, включенному в КСГ, с первичного обращения до достижения клинического результата.

4.16. **Незаконченный случай при оказании стоматологической помощи** – случай медицинской помощи с недостигнутым результатом лечения.

4.17. **Простые услуги** – это медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику, лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение, которые выполняются в рамках оказания медицинской помощи по назначению врача и не входят в услуги посещения врача. Простые услуги включаются в реестр счетов с кодом в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг.

4.18. **Комплексное исследование для пренатальной диагностики нарушений развития ребенка (внутриутробно)** – это комплексное обследование беременных женщин с целью раннего выявления хромосомных и врожденных пороков развития в I и II триместрах беременности, включающее в себя профилактический прием врача акушера-гинеколога, ультразвуковое исследование плода, дуплексное сканирование сердца и сосудов плода, исследование матки и придатков трансабдоминально или трансвагинально (цервикометрия и доплерометрия), проводимое в МО, включенных в перечень, установленный Таблицей 3 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

4.19. **Внешние медицинские услуги** – медицинские услуги, входящие в подушевой норматив финансирования, оказываемые в плановой форме застрахованным лицам МО-исполнителем по направлению МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу или в неотложной форме в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения).

4.20. **Выездная поликлиника** – консультативная помощь населению Пермского края (за исключением жителей г. Перми и Пермского района), оказанная специалистами в соответствии с Положением о выездной поликлинике по оказанию консультативной медицинской помощи населению Пермского края, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Пермского края. Выездная поликлиника организуется МО, включенными в Перечень медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях выездными поликлиниками, установленный Таблицей 2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

4.21. **Телемедицинское консультирование** – оказание медицинской помощи с применением информационных технологий, обеспечивающих дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций.

4.22. **Медицинские услуги, выполненные Централизованной клинико-диагностической лабораторией (далее – ЦКДЛ) и Межрайонными клинико-диагностическими лабораториями (далее – МКДЛ), –** перечень клинических

лабораторных исследований, утвержденных приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 24.05.2021 № СЭД-34-01-05-515 «О совершенствовании работы клинико-диагностических лабораторий в Пермском крае» для клинико-диагностических лабораторий II и III уровней, выполненных по направлению МО в МО, перечень которых утвержден приложением 1 к приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 13.07.2021 № 34-01-05-745 «Об утверждении дорожной карты по созданию трехуровневой системы лабораторной службы в Пермском крае».

4.23. **Медицинские услуги, выполненные Микробиологической лабораторией (далее – МБЛ),** – перечень видов лабораторных исследований, выполняемых микробиологическими лабораториями II и III уровней, утвержденных приложением 3 к приказу Министерства здравоохранения Пермского края от 18.08.2022 № СЭД-34-01-02-965 «Об организации трехуровневой системы микробиологической лабораторной службы при оказании медицинской помощи в Пермском крае» (далее – Приказ Министерства № 965), выполненные по направлению МО в МО, перечень которых утвержден Приказом Министерства № 965.

4.24. **Прикрепившееся лицо** – застрахованное лицо, включенное в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, прикрепившееся к МО для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

4.25. **Медицинские организации-исполнители** (далее – МО-исполнители) – поликлиники, поликлинические отделения в составе МО, общие (семейные) врачебные практики, стационары, оказывающие внешние медицинские услуги. МО, имеющая прикрепившихся застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, является одновременно МО-исполнителем в случае оказания внешних медицинских услуг неприкрепившимся лицам.

4.26. **Обращение (законченный случай) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний** – случай оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом (фельдшер или акушерка), независимо от пола пациента, в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний один раз в течение календарного года, состоящий из всех услуг, установленных Таблицей 10 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

4.27. **Дистанционное консультирование** – оказание медицинской помощи гражданам с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекцией COVID-19, состояние которых позволяет наблюдаться на дому, а также с признаками или подтвержденным диагнозом внебольничной пневмонии, ОРВИ, гриппа, путем дистанционного взаимодействия медицинского работника с пациентом с применением телемедицинской технологии, аудиозвонка или видеозвонка с оформлением записи в медицинской документации.

4.28. **Школа для больных сахарным диабетом** – структурное подразделение медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» или «детская эндокринология», в котором проводится обучение больных врачом-эндокринологом (врачом-детским эндокринологом, врачом-диабетологом) и/или медицинской сестрой, прошедшей соответствующее обучение, и проверка врачом-эндокринологом (врачом-детским эндокринологом) дневников самоконтроля. Правила организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» установлены Порядком оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н, и Порядком оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология», утвержденным

приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2024 № 583н.

4.29. **Амбулаторная хирургия** – это комплекс медицинских услуг по проведению оперативного вмешательства в хирургических отделениях (кабинетах) в амбулаторных условиях пациентам, которым не требуется проведение оперативного вмешательства в стационарных условиях, а также пред- и послеоперационного наблюдения и лечения.

4.30. **Законченный случай по амбулаторной хирургии** – обращение по поводу заболевания, включающее посещение врача-специалиста, проведение оперативного вмешательства в амбулаторных условиях с достижением запланированного результата.

4.31. **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 ТП ОМС.

4.32. **Законченный случай лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара** – совокупность медицинских услуг в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения), предоставленных пациенту в стационаре в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую МО или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией.

4.33. **Прерванный случай лечения в стационаре** – случай оказания медицинской помощи без достижения клинического результата в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения МО в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар или с дневного стационара на круглосуточный стационар, перевода пациента в другую МО, прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из МО, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения, смерти пациента, 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, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Таблице 7 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению и Таблице 7 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

4.35. **Базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ)** – 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 ТП ОМС, с учетом коэффициента приведения.

4.36. **Коэффициент относительной затратоемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к базовой ставке.

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

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

4.39. **Коэффициент подуровня медицинской организации** – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов МО одного уровня, обусловленных объективными причинами.

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

4.41. **Патолого-анатомическое вскрытие** – посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов, выполняемое в патолого-анатомических отделениях МО, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных МО.

4.42. **Комплексное посещение в рамках диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, –** единица объема медицинской помощи, предъявляемая к оплате после завершения комплекса осмотров и обследований, включенных в объем исследований по отдельному заболеванию или состоянию, по которому установлено диспансерное наблюдение, в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующими порядок проведения диспансерного наблюдения.

5. Общие положения, касающиеся оплаты медицинской помощи

5.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС, осуществляется в соответствии с настоящим Тарифным соглашением, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в пределах плановых объемов медицинской помощи, установленных для МО решением Комиссии по условиям ее оказания в расчете на месяц с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оплата которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

5.2. Для обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания застрахованным лицам медицинской помощи в объеме ТП ОМС, МО самостоятельно регулируют выполнение плановых объемов медицинской помощи, в том числе путем установления очередности оказания плановой медицинской помощи с соблюдением условий предоставления бесплатной медицинской помощи, установленных ТП ОМС, при необходимости направляет в Комиссию заявку на перераспределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.3. Оплата медицинской помощи осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания оказания медицинской помощи.

5.4. Счета на оплату за оказанную медицинскую помощь формируются на основании

Информации для оформления счета на оплату по форме, установленной Приложением № 6 к Регламенту информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Пермского края, утвержденному приказом ТФОМС Пермского края. Информация для оформления счета на оплату является приложением к счету.

5.5. В реестр счетов не включаются случаи оказания медицинской помощи по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии на медицинскую деятельность МО.

Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

6. Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС по ТП ОМС, по всем условиям оказания медицинской помощи и применяемым способам оплаты медицинской помощи установлен Приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

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

7.1.1. по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/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 ПЦР, 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, включая диспансерное наблюдение; 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 установлен настоящим Тарифным соглашением, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи; *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

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

- медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;
- медицинской помощи, оказанной в МО, не имеющих прикрепившихся лиц;
- медицинской помощи, оказанной МО (в том числе по направлениям, выданным иной МО), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной МО;
- отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);
- профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- посещений с профилактическими целями Центров здоровья взрослым населением, включая диспансерное наблюдение;
- медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);
- дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;
- медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;
- медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе школ сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья взрослому населению;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи осуществляется оплата:

- консультаций врачами выездных поликлиник;

- медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи при первом посещении по поводу внезапных острых заболеваний, состояний, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

- медицинской помощи, оказываемой неприкрепившимся лицам в неотложной форме, и медицинской помощи новорожденным, получающим медицинскую помощь до оформления полиса ОМС по полису матери или другого законного представителя при первом посещении по поводу внезапных острых заболеваний, состояний, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

- услуг диализа, оказываемых в амбулаторных условиях;

- случаев оказания медицинской помощи в рамках амбулаторной хирургии. *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

7.1.3. по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология»;

7.1.4. по нормативу финансирования структурного подразделения МО (ФАП).

7.2. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает расходы на оказание первичной доврачебной, врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, организованной по территориально-участковому принципу, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием), а также расходы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий (за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных МО, не имеющими прикреплённого населения), расходов на проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, его (ее) супруги (а), а также супруги (а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, а также лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу ОМС.

7.3. В подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, не включаются расходы на оказание медицинской помощи, перечень которых установлен пунктами 7.1.2 и 7.1.3 настоящего Тарифного соглашения.

7.4. При оплате стоматологической помощи в амбулаторных условиях, оказываемой МО, не имеющих прикрепившихся лиц, применяются следующие способы оплаты:

7.4.1. по тарифу за законченный случай, выраженному в УЕТ, состоящему из тарифа законченного случая лечения по КСГ, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 1 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению в соответствии с группировщиками КСГ по стоматологии, и тарифа сложной комплексной услуги, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 2 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению;

7.4.2. по тарифу посещений и медицинских услуг в рамках незаконченного случая лечения заболевания, выраженного в УЕТ, установленного Таблицей 2 и Таблицей 3

Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению, но не более общего количества УЕТ по КСГ при законченном случае лечения;

7.4.3. по тарифу посещений с профилактической целью, выраженного в УЕТ;

Оплата случаев лечения при оказании стоматологической помощи производится с учетом коэффициента длительности лечения для конкретной КСГ в зависимости от фактического количества посещений в составе законченного случая, установленного Таблицей 4 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения при оказании стоматологической помощи определяется исходя из общего количества УЕТ, составляющего случай, и стоимости 1 УЕТ.

При оказании стоматологической помощи на дому, в мобильном стоматологическом кабинете, в экстренной и неотложной форме в ночное время и (или) праздничные дни к тарифу КСГ и к тарифу незаконченного случая, выраженных в УЕТ, применяется коэффициент сложности лечения, установленный Таблицей 5 Приложения № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

7.5. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

7.6. Посещения, проводимые пациентам, состоящим на диспансерном учете с целью выписки рецептов, активные посещения на дому хронических больных, посещения с целью наблюдения беременной и посещения с целью проведения патронажа новорожденных группируются в обращение по поводу заболевания 1 раз в квартал.

7.7. Случай лечения заболевания считается завершенным при наступлении медицинского исхода (улучшение, выздоровление) и/или организационного исхода (прекращение оказания медицинской помощи по причине госпитализации, перевода в другую МО, отказа от получения медицинской помощи, в том числе неявки пациента, прекращения наблюдения).

7.8. Оплата проведения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов осуществляется за случай дистанционного наблюдения (1 месяц дистанционного наблюдения в объеме не менее 51 измерения в месяц). Случай дистанционного наблюдения предъявляется к оплате МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу или МО, проводившей случай дистанционного наблюдения.

7.9. При продолжении начатого ранее лечения в другой МО или при направлении на консультацию, обследование в другую МО, а также при диагностическом или восстановительном лечении в другой МО к оплате предъявляются фактически выполненные объемы медицинской помощи каждой МО по соответствующим тарифам.

7.10. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по разным профилям, услуги амбулаторной помощи подлежат оплате в полном объеме.

7.11. В реестр счетов не включаются и не подлежат оплате за счет средств ОМС следующие случаи оказания амбулаторной медицинской помощи:

7.11.1. в период пребывания застрахованного лица в круглосуточном стационаре;

7.11.2. при повторном посещении пациентом врача одной специальности в один и тот же день в одной МО, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других МО. Указанные случаи подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП;

7.11.3. в день поступления и в день выписки пациента из круглосуточного стационара МО, к которой не прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационара

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

8.1.1. за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

8.1.2. 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 круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из МО 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 Таблице 7 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

8.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением:

8.2.1. заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые ТП ОМС установлены нормативы финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи;

8.2.2. услуг диализа, включающих различные методы в сочетании с КСГ или ВМП.

8.3. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

8.4. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

8.4.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

8.4.2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;

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

8.4.4. 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;

8.4.5. случаи перевода пациента в другую МО;

8.4.6. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из МО, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

8.4.7. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента;

8.4.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 8.4.1 – 8.4.7 настоящего Тарифного соглашения) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенные в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3-х дней включительно, установленный Таблицей 7 Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

8.4.9. случаи оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, длительность которых составляет менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

8.5. В случае, если перевод пациента из одного отделения МО 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 двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию прерванности согласно пункту 8.4.2 не производится, при этом оба случая включаются в реестр счетов в составе одного законченного случая.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, указанным в пунктах 8.6.2 – 8.6.10 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности, изложенным в пунктах 8.4.2, 8.4.3 и 8.4.5 настоящего Тарифного соглашения.

8.6. Оплата одного пролеченного случая по двум и более КСГ осуществляется в случае:

8.6.1. перевода пациента из одного отделения МО 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 МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

8.6.2. проведения медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

8.6.3. оказания 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;

8.6.4. проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающего выписку пациента из стационара;

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

8.6.6. дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001

«Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»).

Оплата по двум КСГ осуществляется 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 кодам 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;

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

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

8.6.9. проведения антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

8.6.10. длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

8.7. При оплате пролеченного случая по двум КСГ в случаях, указанных в пунктах 8.6.5, 8.6.8 и 8.6.9, на вторую КСГ КСЛП не применяется.

8.8. Оплата обследования и/или предоперационной подготовки пациентов перед оказанием ВМП, требующих круглосуточного наблюдения, производится по стоимости случая по соответствующей КСГ с учетом правил, установленных пунктами 8.3 и 13.5 настоящего Тарифного соглашения.

В случае продолжения лечения в той же МО при наличии показаний после оказания ВМП, оплата специализированной медицинской помощи производится по соответствующей КСГ.

Все указанные в данном пункте случаи госпитализации подлежат обязательной МЭЭ или ЭКМП.

8.9. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП согласно Приложению № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

8.10. Критерием для определения условий оказания помощи по профилю «Медицинская реабилитация» служит оценка состояния по «Шкале Реабилитационной Маршрутизации», установленная Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н (далее – ШРМ). При оценке по ШРМ 4-5-6 баллов пациенту оказывается медицинская реабилитация в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При оценке по ШРМ 3 балла оказание медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара осуществляется в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной на территории Пермского края. При оценке по ШРМ 1-2 балла оказание медицинской реабилитации не может

осуществляться в условиях круглосуточного стационара.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием КСЛП.

8.11. 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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. 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 получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

8.12. Критерии отнесения случая к реанимационным КСГ установлены Методическими рекомендациями.

8.13. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием:

8.13.1. к лекарственной терапии являются: код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;

8.13.2. к хирургическому лечению являются: код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

8.13.3. к лучевой терапии являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

8.13.4. к случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются: код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов;

8.13.5. к лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей являются: код МКБ 10, длительность лечения и дополнительный классификационный критерий, включающих группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

8.14. В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.), отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования, за исключением оказания медицинской помощи по профилю «онкология».

При этом в реестре счетов обязательно указывается первичный диагноз неонкологического заболевания при поступлении в МО для оказания медицинской помощи.

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

8.16. Случаи оказания медицинской помощи по КСГ с 3-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 1 уровня и по КСГ с 4-6 уровнем оперативного вмешательства, выполненных в МО (отделении) 2 уровня, подлежат обязательной МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.

8.17. Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам с новой короновирусной

инфекцией COVID-19 в условиях круглосуточного стационара с длительностью госпитализации один день, возможна без указания схемы лекарственной терапии новой короновирусной инфекцией COVID-19 (летальный исход, перевод на другой профиль коек). Указанные в данном пункте случаи госпитализации подлежат обязательной МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.

8.18. Оплата законченного случая лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей по КСГ st19.090 - st19.102 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды С81 - С96, D45 - D47), кода длительности госпитализации («1» - пребывание до 3 дней включительно, «2» - от 4 до 10 дней включительно, «3» - от 11 до 20 дней включительно, «4» - от 21 до 30 дней включительно), а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов; при длительности более 30 дней – по 2 и более КСГ, при этом отнесение к КСГ для каждого интервала госпитализаций осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется КСГ.

8.19. Оплата первого этапа диспансеризации (второго этапа при наличии показаний) для лиц из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, в нуждаемости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц (далее – маломобильные граждане), проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в МО, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, осуществляется при условии обязательного выполнения 100% объема первого этапа диспансеризации, установленного для данного пола и возраста приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара всех типов

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

9.1.1. за случай лечения (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ, группу ВМП), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП);

9.1.2. 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, приведенных в Таблице 7 Приложения № 16 к ТП ОМС, за услугу диализа (в том числе в сочетании с

оплатой по КСГ, группе ВМП).

9.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, во всех страховых случаях осуществляется по КСГ, за исключением оплаты услуг диализа, включающих различные методы.

9.3. Отнесение случая лечения к КСГ осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

9.4. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

9.4.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

9.4.2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения МО в другое;

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

9.4.4. 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;

9.4.5. случаи перевода пациента в другую МО;

9.4.6. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из МО, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

9.4.7. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента;

9.4.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в пунктах 9.4.1 – 9.4.7 настоящего Тарифного соглашения) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленный Таблицей 7 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

9.4.9. случаи оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации, длительность которых составляет менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

9.5. Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» в условиях дневного стационара проводится пациентам с оценкой состояния по ШРМ 2-3.

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 продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

9.6. Критериями отнесения случая лечения пациента со злокачественным новообразованием к:

- лекарственной терапии являются код МКБ 10 и схема лекарственной терапии;

- хирургическому лечению является код МКБ 10 и код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг;

- лучевой терапии являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг и для большинства групп количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

- случаям с проведением лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией являются код МКБ 10, код медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, количество дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

9.7. Оплата одного пролеченного случая по двум и более КСГ:

9.7.1. при переводе пациента из одного отделения МО 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 МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

9.7.2. проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

9.7.3. 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;

9.7.4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из дневного стационара.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.

9.8. В дневных стационарах первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

9.9. При переводе пациента из круглосуточного стационара в дневной стационар или из дневного стационара в круглосуточный для определения фактического срока оказания медицинской помощи в каждом из подразделений день перевода учитывается в периоде оказания медицинской помощи на предыдущем этапе.

9.10. Оплата законченного случая лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей по КСГ ds19.063 - ds19.078 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды С81 - С96, D45 - D47), кода длительности госпитализации («1» - пребывание до 3 дней включительно, «2» - от 4 до 10 дней включительно, «3» - от 11 до 20 дней включительно, «4» - от 21 до 30 дней включительно), а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов; при длительности более 30 дней – по 2 и более КСГ, при этом отнесение к КСГ для каждого интервала госпитализаций осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется КСГ.

9.11. Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при соответствии вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП согласно Приложению № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

10. Оплата медицинской помощи, оказанной вне МО

10.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной вне МО (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), в том числе в случае обращения пациента в МО (отделение) скорой медицинской помощи:

10.1.1. по подушевому нормативу финансирования;

10.1.2. за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных МО, не имеющих прикрепившихся лиц).

Раздел III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

11. Структура тарифа на оплату медицинской помощи

11.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной разделом XI Правил ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы МО на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения, включая расходы на его содержание, эксплуатацию, развитие и приобретение, и прочих услуг, социальное обеспечение работников МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) 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 МО не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС на момент размещения Извещения о проведении закупки на приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований).

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения Пермского края и их подсистем не могут осуществляться за счет средств ОМС.

При наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в МО и постановки программного продукта на учет МО расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения Пермского края и медицинских информационных систем МО могут быть оплачены за счет средств ОМС.

Предельный размер расходов на арендную плату движимого имущества, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации, за один объект аренды в

расчете на год, осуществляемых за счет средств ОМС, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств. *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

11.2 Распределение затрат, необходимых для деятельности медицинской организации в целом и по отдельным видам медицинской помощи (медицинским услугам) осуществляется в соответствии с пунктом 292 Правил ОМС, по источникам финансирования – согласно установленной медицинской организацией Учетной политике и/или установленной методике (Порядку) распределения затрат по источникам финансового обеспечения.

11.3. МО негосударственной формы собственности руководствуются Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций, утвержденным приказом Министерства финансов Российской Федерации от 31.10.2000 № 94н.

11.4. МО негосударственной формы собственности при составление локального сметного расчета на текущие ремонты применяют прогнозные индексы изменения сметной стоимости строительства, рекомендуемые к применению Министерством строительства и жилищно-коммунального хозяйства Российской Федерации, внесенные в федеральный реестр сметных нормативов.

11.5. В тарифы включаются экономически обоснованные и документально подтвержденные расходы МО на выполнение ТП ОМС.

11.6. В тарифы не включаются расходы МО, которые в соответствии с Программой финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

11.7. В случае установления ТФОМС факта нецелевого использования средств ОМС, возврат средств, использованных не по целевому назначению, уплата штрафа и пени производится МО в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

12.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО на территории Пермского края, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС на 2026 год, составляет 9 570,05 рублей.

12.2. Размер базового подушевого норматива финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 3 683,87 рублей в год. *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

12.3. Размер базового подушевого норматива финансирования по профилю «стоматология» составляет 575,19 рублей в год.

12.4. Подушевой норматив финансирования МО при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает средства на оплату собственной деятельности МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу, и средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепившимся к данной МО лицам.

12.5. Подушевой норматив финансирования по профилю «стоматология» включает средства на оплату собственной деятельности МО, имеющей прикрепившихся застрахованных лиц для получения медицинской помощи по профилю «стоматология» и средства на оплату внешних услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепившимся к данной МО лицам.

12.6. Размер финансового обеспечения МО на основе подушевого норматива на

прикрепившихся к данной МО застрахованным лицам для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу определяется исходя из дифференцированных подушевых нормативов, рассчитанных в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов и их применения для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся Приложением № 2 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива, установленных Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

12.7. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены Приложением № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

12.8. Размер финансового обеспечения МО на основе подушевого норматива по профилю «стоматология» определяется исходя из дифференцированных подушевых нормативов, рассчитанных в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов для расчета финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи по профилю «стоматология», являющейся Приложением № 25 к настоящему Тарифному соглашению, с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива, установленных Приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

12.9. Размер финансового обеспечения ФАПов, без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462), при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – Требования по ФП/ФАП), составляет:

ФАП, обслуживающий от 101 до 800 жителей, – 1 533,7 тыс. рублей,

ФАП, обслуживающий от 801 до 1500 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей,

ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей.

12.10. Размер финансового обеспечения ФАП, обслуживающего менее 100 жителей, составляет 829,52, тыс. рублей, без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462.

12.11. Сумма средств на содержание ФАП, включенная в размер финансового обеспечения ФАП, составляет 601,12 тыс. рублей.

12.12. Размер средств, направляемых в i-тую МО на финансовое обеспечение ФАП в расчете на год рассчитывается по формуле:

$$ОС^{i}_{ФАП} = \sum_{n} (Ч^{n}_{ФАП} \times БПФ^{n}_{ФАП} \times КС^{n}_{БНФ} \times КД^{n}_{МО}), \text{ где:}$$

$ОС^{i}_{ФАП}$ – размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП в i-той МО без применения коэффициентов дифференциации, рассчитанных в соответствии с Постановлением № 462;

$Ч^{n}_{ФАП}$ – число ФАП n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствующие Требованиям по ФАП);

$БПФ^{n}_{ФАП}$ – базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО – ФАП n-го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$КС^{n}_{БНФ}$ – коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО, учитывающий критерий соответствия их Требованиям по ФАП (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). Для типов ФАП, для которых размер финансового обеспечения определен Программой, значение коэффициента равно 1.

$КД^{n}_{МО}$ – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановление № 462.

$КС^{n}_{БНФ}$ для ФАП, обслуживающих менее 100 жителей, рассчитывается по формуле:

$$КС^{n}_{БНФ} = \frac{СРсод\ ФАП + (РФО^{n}_{ФАП} - СРсод\ ФАП) \times Кст^{n}_{Ф}/НКст^{n}_{Ф}}{РФО^{n}_{ФАП}} \times КС^{n}_{р}$$

, где:

$СР_{сод\ ФАП}$ – размер средств на содержание ФАП, установленный пунктом 12.8 настоящего Тарифного соглашения;

$РФО^{n}_{ФАП}$ – размер финансового обеспечения ФАП n-го типа, установленный настоящим Тарифным соглашением;

$Кст^{n}_{Ф}$ – фактическое количество занятых ставок средним медицинским персоналом (фельдшер, медицинская сестра) в ФАП n-го типа;

$НКст^{n}_{Ф}$ – нормативное количество ставок среднего медицинского персонала (фельдшер, медицинская сестра) в ФАП n-го типа;

$КС^{n}_{р}$ – коэффициент, учитывающий расчетный объем средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем.

$КС^{n}_{БНФ}$ для ФАП не соответствующих Требованиям по ФАП, рассчитывается по формуле:

$$КС^{n}_{БНФ} = \frac{СРсод\ ФАП + (РФО^{n}_{ФАП} \times 0{,}95 - СРсод\ ФАП) \times Кст^{n}_{Ф}/НКст^{n}_{Ф}}{РФО^{n}_{ФАП}} \times КС^{n}_{р}$$

$КС^{n}_{р}$ рассчитывается по формуле:

$$КС^{n}_{р} = \frac{РФО^{n}_{ФАП} + Ч^{n}_{ж.р.} \text{ x } 122{,}40}{РФО^{n}_{ФАП}}$$

; где:

$Ч^{n}_{ж.р.}$ – количество женщин репродуктивного возраста в ФАП n-го типа.

Применение повышающего коэффициента при расчете финансового обеспечения ФАП в случае оказания медицинской помощи ФАП женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, осуществляется при предоставлении нормативного акта, на основании которого возложены полномочия на фельдшера или медицинскую сестру ФАП по работе с женщинами репродуктивного возраста (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного

вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем).

12.13. Тарифы на оплату посещений и медицинских услуг в амбулаторных условиях установлены Приложениями №№ 5-7 к настоящему Тарифному соглашению.

12.14. Тарифы с учетом коэффициента дифференциации, установленные Приложениями № 5, № 6 и № 9 к настоящему Тарифному соглашению, применяются:

- для ГБУЗ ПК «Красновишерская ЦРБ» и ГБУЗ ПК «Чердынская ЦРБ» с коэффициентом дифференциации – 1,14;

- для ГБУЗ ПК «Северная БКПО» с коэффициентом дифференциации – 1,49;

- для всех остальных МО с коэффициентом дифференциации – 1,104.

12.15. Оплата посещения к врачу-специалисту (среднему медицинскому работнику, ведущему самостоятельный прием) осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, а также выполнение необходимых лечебно-диагностических мероприятий, не установленных Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.16. Оплата медицинской помощи, оказанной на дому в неотложной форме медицинскими работниками отделений (кабинетов) неотложной медицинской помощи при первом посещении в рамках случая оказания медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.2 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала), транспортные расходы и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий.

12.17. Оплата медицинской помощи, оказанной в Центрах здоровья при проведении комплексного обследования, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 3, Таблицей 3.1 и Таблицей 3.2 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, с обязательным указанием услуг, выполненных в рамках консультирования взрослого населения.

12.18. Оплата телемедицинских консультаций осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 4 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению. Порядок и алгоритм организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также перечень профилей и консультативных центров для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий установлен приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 12.05.2020 № СЭД-34-01-05-378.

12.19. Оплата медицинской помощи, оказываемой консультативными поликлиниками, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 5 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.20. Оплата медицинской помощи, оказываемой в приемном отделении стационара, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.1 Приложения № 5 к

настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на посещение врача-специалиста (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) и расходы на оказание простых услуг и диагностических мероприятий, в том числе проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии.

12.21. Оплата медицинской помощи, оказываемой выездной поликлиникой, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 6 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя стоимость сбора анамнеза и жалоб, проведения внешнего осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, постановки диагноза, составления плана обследования и лечения, назначения необходимых лечебно-диагностических мероприятий, решение вопроса о трудоспособности и режиме пациента.

12.22. Тарифы на оплату обращения по поводу заболевания (законченного случая) установлены Таблицей 7 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению и включают расходы на посещение врача соответствующей специальности (среднего медицинского персонала, ведущего самостоятельный прием) с кратностью не менее двух и расходы на проведение лечебно-диагностических мероприятий, за исключением медицинских услуг, на которые Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению установлены отдельные тарифы.

12.23. Тарифы на оплату обращения (комплексного посещения) по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» установлены Таблицей 8 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению и включают расходы на посещение врачей-специалистов мультидисциплинарной реабилитационной команды и проведение лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с порядком оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Пермского края № 1152.

12.24. Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении диспансерного наблюдения за взрослыми установлены Таблицей 9 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают в себя расходы на диспансерный прием и проведение обследований, проводимых с определенной периодичностью, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.

12.25. Тарифы на оплату медицинских услуг, выполняемых ЦКДЛ, МКДЛ и МБЛ, установлены Таблицей 1 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость медицинских услуг, оказываемых ЦКДЛ, МКДЛ и МБЛ МО, включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в стоимость случая оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях неприкрепившимся к МО застрахованным лицам и в стоимость случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ.

Выполненные лабораторные исследования ЦКДЛ, МКДЛ и МБЛ включают в реестр счетов каждое выполненное лабораторное исследование с указанием информации о направлении, в том числе о МО, выдавшей направление, об условии оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар, дневной стационар, амбулаторно-поликлиническая помощь (поликлиника, отказ от госпитализации, диспансеризация, профилактический осмотр), об идентификаторе пациента (номер медицинской карты).

СМО осуществляют оплату медицинских услуг, оказанных ЦКДЛ, МКДЛ и МБЛ, на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату за оказанные медицинские услуги.

При осуществлении окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь

сумма средств, за выполненные лабораторные исследования ЦКДЛ, МКДЛ и МБЛ уменьшает:

- объем средств, направляемый в МО в рамках подушевого норматива финансирования МО, к которой застрахованное лицо прикрепилось для получения первичной медико-санитарной помощи;

- стоимость случая оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в случае проведения лабораторных исследований неприкрепившимся к МО застрахованным лицам, МО, выдавшей направление на проведение лабораторных исследований;

- стоимость случая лечения заболевания при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационаров МО, выдавшей направление на лабораторные исследования.

12.26. Оплата диагностических (лабораторных) исследований: 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 ПЦР, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС), проводимых застрахованным по ОМС лицам по направлению врача амбулаторного приема, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

12.27. Оплата проведения флюорографических и маммографических исследований осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 6 к настоящему Тарифному соглашению. Данные медицинские услуги могут быть включены в реестр счетов без наличия направления, выданного МО, к которой прикрепилось застрахованное лицо для получения первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу.

12.28. Оплата обращения (законченного случая) в кабинете раннего выявления онкологических заболеваний осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 10 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, в рамках подушевого норматива финансирования, при наличии всех услуг, указанных в Таблице 10 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При этом услуги, указанные в Таблице 10 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению, выполненные в течение календарного года не в кабинетах раннего выявления онкологических заболеваний, предъявляются с нулевой стоимостью.

12.29. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению, без учета расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта) при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными и подлежат оплате в полном объеме в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, установленного для данного пола и возраста приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и

диспансеризации определенных групп взрослого населения».

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

При этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови.

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (комплексное посещение), выполненных мобильными медицинскими бригадами, находящимися в составе МО, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению, с применением повышающего коэффициента в размере 1,05. *(в редакции Дополнительного соглашения № 1, утв. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования 30.01.2026 – распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2026)*

12.30. Оплата медицинской помощи пациентам, страдающим хронической болезнью почек (далее – ХБП) и направленным в МО Пермского края, оказывающие специализированную медицинскую помощь по профилю «нефрология» методом программного диализа и перитонеального диализа, по решению Комиссии Министерства здравоохранения Пермского края в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 26.10.2020 № СЭД-34-01-05-537 «О порядке направления граждан, страдающих хронической болезнью почек, на проведение пожизненной заместительной почечной терапии методами программного диализа», и получающим услуги диализа по поводу ХБП в амбулаторных условиях, осуществляется по тарифам, установленным Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

За счет межбюджетных трансфертов из бюджета Пермского края бюджету ТФОМС Пермского края осуществляется лекарственное обеспечение пациентов, страдающих ХБП, препаратами для лечения и профилактики осложнений диализа по тарифу на обращение (лечение в течение одного месяца), установленному Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

В реестре счетов при лекарственном обеспечении пациентов, страдающих ХБП, препаратами для лечения и профилактики осложнений диализа при оказании услуг диализа в амбулаторных условиях в обязательном порядке в случай включается услуга A25.28.001.007 «Лекарственное обеспечение пациентов, страдающих хронической болезнью почек, препаратами для лечения и профилактики осложнений диализа при оказании услуг диализа в амбулаторных условиях».

12.31. Оплата медицинских услуг в составе углубленной диспансеризации осуществляется по тарифу комплексного посещения, установленного Таблицей 6 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению, включающее обязательный объем исследований, установленный Программой, и по тарифам отдельных медицинских услуг, установленных Таблицей 6 и Таблицей 7 Приложения № 9 к настоящему

Тарифному соглашению, и не включаются в подушевой норматив финансирования, за исключением рентгенографии легких, приема врача-терапевта/врача-терапевта участкового / врача общей практики / фельдшера (акушерки).

Рентгенография легких, прием врача-терапевта / врача-терапевта участкового / врача общей практики / фельдшера (акушерки) учитываются в составе общего реестра счетов амбулаторной медицинской помощи, в том числе по случаям оказания медицинской помощи прикрепившемуся населению.

В случае если углубленная диспансеризация взрослого населения проводится параллельно с основной диспансеризацией, порядок проведения которой утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», прием врача-терапевта / врача-терапевта участкового / врача общей практики (семейного врача) / фельдшера (акушерки) включается в состав основного случая диспансеризации взрослого населения, а в состав углубленной диспансеризации не включается.

12.32. Оплата медицинской помощи, оказываемой в школах сахарного диабета, осуществляется по тарифу комплексного посещения (в расчете на 1 пациента при групповых занятиях), установленному Таблицей 10 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, включающего:

- 5 занятий продолжительностью 4 часа и проверку дневников самоконтроля – для взрослых с сахарным диабетом 1 типа;
- 5 занятий продолжительностью 3 часа и проверку дневников самоконтроля – для взрослых с сахарным диабетом 2 типа;
- 10 занятий продолжительностью 2 часа и проверку дневников самоконтроля – для детей и подростков с сахарным диабетом и их родителей.

Оплата комплексных посещений в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется 1 раз в год, при условии соответствия Правилам организации деятельности и Стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2023 № 104н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология», и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.10.2024 № 583н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология», в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 22.05.2023 № 34-01-02-483 «Об организации деятельности кабинета «Школа для пациентов с сахарным диабетом», а также при условии ведения медицинской организацией соответствующей документации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи в школах для больных сахарным диабетом в установленном абзацами 2, 3, 4 настоящего пункта объеме. При этом школа для больных сахарным диабетом проводится в рамках групповых занятий не менее 10 человек.

В реестре счетов в дополнение к соответствующей услуге из Таблицы 10 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению в обязательном порядке услугой B04.012.001 «Школа для пациентов с сахарным диабетом» отображаются количество проведенных занятий и даты их проведения.

12.33. Оплата законченного случая по амбулаторной хирургии осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 11 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению, которые включают расходы на прием (осмотр, консультацию) врача-специалиста и проведение хирургического вмешательства (одну из услуг, установленных Таблицей 11 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению по соответствующему тарифу, которая в обязательном порядке указывается в реестре счетов).

12.34. Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении первого этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья установлены Таблицей 8 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению и включают обязательный объем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, установленный Приложением 8 к Программе.

Оплата второго этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется по тарифам отдельных медицинских услуг, установленных Таблицей 9 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

12.35. Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, установлены Таблицей 12 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

12.36. Оплата комплексного посещения школы для больных с хроническими неинфекционными, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания заболеваниями осуществляется по тарифу, установленному Таблицей 13 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО в условиях круглосуточного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 10 913,85 рублей.

13.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара без учета коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462, составляет 34 133,51 рублей, с учетом коэффициента дифференциации – 37 854,06.

13.3. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов ВМП установлены Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗксг \times КСксг \times КПУСмо \times КДзп + БС \times КД^{<*>} \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара, включенного в КСГ), установленная пунктом 13.2 настоящего Тарифного соглашения;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии Постановлением № 462, установленный Таблицей 1 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

КСксг – коэффициент специфики по КСГ в условиях круглосуточного стационара, установленный Приложением № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

КПУСмо – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для МО, в

которой был пролечен пациент, установленный Таблицей 3 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению. Для структурного подразделения ГБУЗ ПК «Пермская ЦРБ», расположенного в ЗАТО «Звездный», коэффициент подуровня оказания медицинской помощи составляет 1,2 для всех КСГ. Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) МО, установлен Таблицей 8 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

КДзп – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Пермского края в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 (равен 1).

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, установленный Таблицей 2 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

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

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, общее значение КСЛП определяется по формуле:

$$\sum КСЛП = КСЛП1 + (КСЛП2) + \ldots (КСЛПn)$$

Перечень тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента, установлен Таблицей 5 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

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

13.5. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными согласно пунктам 8.4.1 – 8.4.3 и 8.4.5 - 8.4.8, 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 – 90% от стоимости КСГ.

Таблицей 6 Приложения № 13 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают проведение хирургического вмешательства или тромболитической терапии.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.».

13.6. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения, за исключением случаев, определенных Методическими рекомендациями.

13.7. При проведении в МО хирургических вмешательств выездной хирургической бригадой другой МО, оплата производится в размере 90% от стоимости случая по соответствующей КСГ. При этом в реестре счетов в разделе «Сведения об услуге»

указывается код МО, выездная хирургическая бригада которой выполнила хирургическое вмешательство.

13.8. В стоимость случая по КСГ, предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов либо до перевода в отделение неонатологии другой МО не является основанием для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

13.9. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, в условиях круглосуточного стационара, оплата осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа, установленных Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, в дополнение к стоимости случая лечения по соответствующей КСГ или в дополнение к стоимости случая по ВМП.

Проведение услуг диализа в течение всего периода нахождения пациента в круглосуточном стационаре относится к законченному случаю. При этом в период лечения в круглосуточном стационаре пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, в том числе для профилактики осложнений.

13.10. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров в экстренной или неотложной форме, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 2.1 Приложения № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

13.11. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по формуле:

$$ССксг = БС \times КЗксг \times ((1-Дзп) + Дзп \times КСксг \times КПУСмо \times КД \times КДзп) + БС \times КД^{<*>} \times КСЛП,$$ где:

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Таблицей 4 Приложения № 13.

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

13.12. Оплата случаев госпитализации при проведении лекарственной терапии при злокачественном новообразовании:

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

- при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

- 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 (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.

13.12.2. 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.

13.13. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций). При этом в случае, если в поле «Диапазон фракций» файла «Группировщик КСГ_ КС_2026_ПК» для случаев проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией, не указано количество фракций для какого-либо вида лучевой терапии, оплата соответствующих случаев лечения, в том числе прерванных, осуществляется в полном объеме вне зависимости от длительности лечения. Во «временной таблице» при выборе КСГ на случаи «Лучевая терапия» (КСГ st19.075 – st19.082) значение в поле «Приоритет» установить равное «+1» (тем самым отдать приоритет в пользу КСГ st19.075 – st19.082).

13.14. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, специализированная, в том числе ВМП, может быть оказана в МО, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

- в случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КС;

- в случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», выбранной в зависимости от диагноза пациента, при этом классификационным критерием отнесения данного случая к соответствующей КСГ является комбинация кода возрастной категории пациента «7», отражающего возраст пациента от 0 до 21 года, кода диагноза основного заболевания и кода услуги А25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологических заболеваниях у детей».

13.15. Отнесение случая лечения к КСГ st13.001.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 1 подуровень 1)» и st13.002.1 «Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2 подуровень 1) производится по коду МКБ-10: I20.0.

Отнесение случая лечения к КСГ st27.008.2 «Другие болезни сердца (уровень 1 подуровень 2)» и st27.009.2 «Другие болезни сердца (уровень 2 подуровень 2) производится по коду МКБ-10: I27.0, I27.2, I27.8, I50.0, 50.1 и I.50.9. При этом в реестре счетов обязательно указывается услуга А09.05.256 «Исследования уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови», а также в графе «Иной классификационный критерий» указывается код «ХСН» при условии соблюдения установленных приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 23.07.2021 № 34-01-05-790 «Об организации медицинской помощи

взрослому населению с хронической сердечной недостаточностью на территории Пермского края» лечебно-диагностических мероприятий. При невыполнении указанных критериев случаи относятся к КСГ st27.008.1 «Другие болезни сердца (уровень 1 подуровень 1)» и st27.009.1 «Другие болезни сердца (уровень 2 подуровень 1).

13.16. Формирование КСГ «Коронавирусная инфекция COVID-19» производится в соответствии с классификацией по степени тяжести, представленной во Временных методических рекомендациях «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

13.17. Оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по тарифам, установленным Таблицей 11 Приложения № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

Выполненные патолого-анатомические вскрытия включают в реестр счетов МО, осуществляющих оказание медицинских услуг по патолого-анатомическому вскрытию тел умерших в стационаре, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Пермского края от 24.01.2024 № 34-01-02-60 «Об организации патолого-анатомических вскрытий тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях». При этом в реестре счетов должна быть указана информация о направлении на проведение патолого-анатомического вскрытия тела умершего, а также о МО, выдавшей направление.

Обязательным условием для оплаты патолого-анатомического вскрытия является наличие предъявленного к оплате случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара с соответствующим результатом госпитализации.

СМО осуществляют оплату медицинских услуг по патолого-анатомическому вскрытию тел умерших в стационаре на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату за оказанные медицинские услуги.

При осуществлении окончательного расчета за оказанную медицинскую помощь сумма средств за выполненные патолого-анатомические вскрытия уменьшает стоимость случая лечения заболевания при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара МО, выдавшей направление на патолого-анатомическое вскрытие.

Финансовое обеспечение патолого-анатомических вскрытий умерших пациентов при оказании ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджета Пермского края.

13.18. Отнесение случаев лечения к КСГ st27.006.2 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1 подуровень 2)» и КСГ st27.007.2 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2 подуровень 2)» производится по коду МКБ-10, при этом в реестре счетов обязательно указываются услуги А04.10.002 «Эхокардиография» и А04.10.002.004 «Эхокардиография с физической нагрузкой», а также в графе «Иной классификационный критерий» указывается код «ИБС». При невыполнении указанных критериев случаи относятся к КСГ st27.006.1 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1 подуровень 1) и st27.007.1 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2 подуровень 1)».

Случаи лечения, отнесенные к КСГ st27.006.2 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 1 подуровень 2)» могут быть включены в реестры счетов следующих МО, определенных Министерством здравоохранения Пермского края: ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 4», ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница имени С.Н. Гринберга», ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница», ГБУЗ

ПК «Краевая больница имени академика Е.А Вагнера» г. Березники, ГБУЗ ПК «Ордена «Знак Почета» Пермская краевая клиническая больница».

Случаи лечения, отнесенные к КСГ st27.007.2 «Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2 подуровень 2)» могут быть включены в реестры счетов следующих МО, определенных Министерством здравоохранения Пермского края: ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер», ГАУЗ ПК «Городская клиническая больница № 4», ГБУЗ ПК «Городская клиническая больница имени С.Н. Гринберга», ГБУЗ ПК «Чайковская центральная городская больница», ГБУЗ ПК «Краевая больница имени академика Е.А Вагнера» г. Березники.

14. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

14.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 2 508,66 рублей.

14.2. Базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Постановлением № 462, составляет 18 545,39 рублей, с учетом коэффициента дифференциации – 20 566,84.

14.3. Стоимость случая госпитализации, включенного в соответствующую КСГ, по которой Программой не установлена доля заработной платы и прочих расходов, рассчитывается по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗксг \times КСксг \times КПУСмо \times КДзп + БС \times КД^{<*>} \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС – базовая ставка (размер средней стоимости законченного случая лечения в условиях дневного стационара, включенного в КСГ), установленная пунктом 14.2 настоящего Тарифного соглашения;

КЗксг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

КД – коэффициент дифференциации, установленный Таблицей 1 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

КПУСмо – коэффициент подуровня оказания медицинской помощи для МО, в которой был пролечен пациент, установленный Таблицей 3 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень КСГ, для которых не применяется понижающий КПУСмо ниже 1, приведен в Таблице 5 Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению. Для структурного подразделения ГБУЗ ПК «Пермская ЦРБ», расположенного в ЗАТО «Звездный», коэффициент подуровня оказания медицинской помощи составляет 1,2 для всех КСГ.

КДзп – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения Пермского края в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 (равен 1).

КСксг – коэффициент специфики по КСГ в условиях дневного стационара, к которой отнесен данный случай госпитализации, установленный Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП), установленный Таблицей № 2 Приложения № 16.

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

14.4. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными согласно пунктам 9.4.1 – 9.4.3 и 9.4.5 - 9.4.8, определяется в зависимости от проведения хирургического вмешательства и (или) 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 – 90% от стоимости КСГ.

Таблицей 6 Приложения № 16 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают проведение хирургического вмешательства или тромболитической терапии.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 50% от стоимости КСГ.

14.5. Стоимость одного случая госпитализации по соответствующей КСГ, по которой Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$ССксг = БС \times КЗксг \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КСксг \times КПУСмо \times КД \times КДзп) + БС \times КД^{<*>} \times КСЛП,$$ где:

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Таблицей 4 Приложения № 16.

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

14.6. Оплата случаев госпитализации при проведении лекарственной терапии при злокачественном новообразовании производится:

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

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

14.6.2. 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.

14.7. Оплата случаев лучевой терапии при злокачественном новообразовании производится за фактическое количество дней проведения лучевой терапии (числа фракций). Во «временной таблице» при выборе КСГ на случаи «Лучевая терапия» (КСГ ds19.050 – ds19.057) значение в поле «Приоритет» установить равное «+1» (тем самым отдать приоритет в пользу КСГ ds19.050 – ds19.057).

14.8. Пациентам в возрасте до 21 года при отдельных онкологических заболеваниях с целью продолжения лечения, которое начато в возрасте до 18 лет, первичная специализированная медико-санитарная помощь, медицинская помощь может быть оказана в МО, оказывающих медицинскую помощь детям по профилю «детская онкология», в случаях и при соблюдении условий, которые установлены порядком оказания медицинской помощи.

Оплата указанных случаев осуществляется в соответствии со следующими правилами:

- в случае, если пациенту оказывается медицинская помощь в соответствии с классификационными критериями, присутствующими в Группировщике, (в том числе схема лекарственной терапии, хирургическое вмешательство, возрастная группа пациента) оплата осуществляется по КСГ, выбранной по общим правилам отнесения случаев к КСГ;

- в случае, если пациенту проводится лекарственная терапия, которую невозможно отнести к определенной схеме лекарственной терапии, оплата осуществляется по КСГ по профилю «детская онкология», при этом классификационным критерием отнесения данного случая к соответствующей КСГ является комбинация кода возрастной категории пациента «7», отражающего возраст пациента от 0 до 21 года, кода диагноза основного заболевания и кода услуги A25.30.014 «Назначение лекарственных препаратов при онкологических заболеваниях у детей. Данные случаи требуют проведения МЭЭ и, при необходимости, ЭКМП.».

14.9. Если в рамках одной госпитализации пациенту было оказано несколько услуг, влияющих на отнесение случая лечения к соответствующей КСГ, оплата осуществляется по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения, за исключением случаев, установленных Методическими рекомендациями.

14.10. Отнесение случая лечения к КСГ ds15.001.1 «Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (уровень 1)» и ds15.001.3 «Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (уровень 3)» производится по коду МКБ-10: G35 «Рассеянный склероз», при этом в реестре счетов обязательно указывается услуга A11.12.003 «Внутривенное введение лекарственных препаратов» со следующей кратностью введения: КСГ ds15.001.1 «Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (уровень 1) – две услуги A11.12.003, КСГ ds15.001.3 «Болезни нервной системы, хромосомные аномалии (уровень 3) – три услуги A11.12.003 с указанием даты введения.

15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой вне МО

15.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой вне МО на территории Пермского края, в расчете на одно застрахованное

лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 1 449,20 рублей.

15.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 1 288,33 рублей.

15.3. Объём финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитывается для каждой МО в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи согласно Приложению № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

15.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

15.5. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи установлены Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

15.6. Проведение тромболитической терапии пациентам при остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST (коды МКБ-10 – I21.0 «Острый трансмуральный инфаркт передней стенки миокарда», I21.1 «Острый трансмуральный инфаркт нижней стенки миокарда», I21.2 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда других уточненных локализаций» I21.3 «Острый трансмуральный инфаркт миокарда неуточненной локализации») вне МО оплачивается по тарифу за вызов с проведением тромболитической терапии, установленному Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению.

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

16.1. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного в соответствии с Порядком проведения контроля.

16.2. За нарушения, выявленные в ходе проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, МО несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

16.3. По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи к МО применяются санкции, предусмотренные статьей 41 Федерального закона, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края, установленным Приложением № 21 к настоящему Тарифному соглашению (далее – Перечень).

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по результатам МЭЭ, ЭКМП определены Приложением 8 к Правилам ОМС.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/ дефекта 2.16.1,

предусмотренного Приложением 8 к Правилам ОМС) рассчитывается по формуле:

Н = РТ х Кно, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату МО и действующий на дату оказания медицинской помощи;

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате), не является тарифом, установленным Тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр РТ определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

Н = (РТ1 - РТ2) + РТ2 х Кно, где:

Н - размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи;

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату МО и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением 8 к Правилам ОМС.

Размер штрафных санкций, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

Сшт = РП х Кшт, где:

Сшт - размер штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП – установленный настоящим Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного

стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного Приложением 8 к Правилам ОМС, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

Кшт - коэффициент для определения размера штрафных санкций по основанию для начисления штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи для расчета размера штрафных санкций, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, представлен ниже в Таблице.

Таблица

Размер подушевого норматива финансирования медицинской помощи для расчета размера штрафных санкций, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

№ п/п	Подушевые нормативы на оплату медицинской помощи	Размер подушевого норматива, рубли
1.	**Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**	1 476,30
2.	**Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе:**	
2.1.	посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров	441,89
2.2.	посещения в рамках проведения диспансеризации, в том числе:	1 349,72
2.2.1.	для проведения углубленной диспансеризации	106,91
2.3.1.	диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья (женщины)	237,46
2.3.2.	диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья (мужчины)	56,51
2.4.	посещения с иными целями	2 872,77
2.5.	посещения по неотложной помощи	629,22
2.6.	обращения в связи с заболеваниями	3 325,49
2.6.1.	консультация с применением ТМК (врач-врач)	5,66
2.6.2.	консультация с применением ТМК (врач-пациент)	2,85
2.7.	проведение отдельных диагностических исследований	
2.7.1.	компьютерная томография	217,16
2.7.2.	магнитно-резонансная томография	73,23
2.7.3.	ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	96,42
2.7.4.	эндоскопическое диагностическое исследование	43,89
2.7.5.	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	16,12
2.7.6.	патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	64,29
2.7.7.	ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях	75,42
2.7.8.	ОФЭКТ/КТ	3,14
2.7.9.	неинвазивное пренатальное тестирование	10,41
2.7.10.	определение РНК вируса гепатита С методом ПЦР	1,52
2.7.11.	лабораторная диагностика для пациентов с вирусным гепатитом С	1,35
2.8.	школа для больных с хроническими заболеваниями	116,09
2.8.1	школа сахарного диабета	8,82
2.9.	диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	435,43
2.9.1.	онкологических заболеваний	70,21
2.9.2.	сахарного диабета	92,81
2.9.3.	болезней системы кровообращения	215,99
2.1.9.	посещения с профилактическими целями центров здоровья	57,23
3.	**Медицинская помощь в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской реабилитации**	**2 508,66**
4.	**Медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за**	**10 913,85**

	исключением медицинской реабилитации	
5.	**Медицинская реабилитация**	
5.1.	в амбулаторных условиях	147,24
5.2.	в условиях дневных стационаров	120,36
5.3.	в условиях круглосуточного стационара	303,64

В случае внесения изменений в Перечень, новая редакция применяется к случаям оказания медицинской помощи, завершенным после введения таких изменений в действие, за исключением пунктов Перечня, которые в новой редакции утратили силу.

Пункты Перечня, утратившие силу, при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, не применяются, независимо от даты оказания медицинской помощи.

В случае превышения объема санкций к медицинским организациям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, над объемом целевых средств, подлежащим направлению в МО на оплату медицинской помощи (разница между выставленным на оплату счетом и ранее перечисленным авансом), МО возвращает в страховую медицинскую организацию средства в объеме указанного превышения. При этом счет на оплату медицинской помощи не оплачивается.

При принятии МО решения об обжаловании заключений СМО и (или) территориального фонда по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, предусмотренного статьей 42 Федерального закона, средства возвращаются в сроки, предусмотренные процедурой обжалования заключения в соответствии с порядком проведения контроля.

В последующие отчетные периоды на сумму средств указанного превышения уменьшается сумма, подлежащая перечислению в медицинскую организацию на основании счета на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

16.4. В случае выявления нарушений в оказании прикрепленному населению медицинской помощи, включенной в размер подушевого финансирования, размер неоплаты исчисляется от стоимости случая по соответствующим тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

17.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2026 года, действует по 31 декабря 2026 года и применяется при оплате медицинской помощи, завершенной после 01 января 2026 года.

17.2. Со дня вступления в силу настоящего Тарифного соглашения утрачивает силу Тарифное соглашение на 2025 год.

17.3. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

17.3.1. все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

17.3.2. внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

17.4. Урегулирование вопросов относительно применения положений настоящего Тарифного соглашения осуществляется сторонами в порядке, установленном для внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

17.5. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится в

соответствии с изменением доходной части бюджета ТФОМС Пермского края на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

17.6. В целях обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС и соблюдения принципа «бюджетной нейтральности» по результатам мониторинга выполнения объемов и стоимости ТП ОМС могут вноситься изменения в тарифы на оплату медицинской помощи.

17.7. Неотъемлемыми частями настоящего Тарифного соглашения являются:

17.7.1. Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе обязательного медицинского страхования Пермского края в 2026 году по условиям предоставления медицинской помощи и способам оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях»;

17.7.2. Приложение № 2 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов в амбулаторных условиях и размера финансовых средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими показателей результативности деятельности»;

17.7.3. Приложение № 3 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»;

17.7.4. Приложение № 4 «Размер финансового обеспечения фельдшерских /фельдшерско-акушерских пунктов и коэффициенты, применяемые при расчете размера финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско – акушерских пунктов»;

17.7.5. Приложение № 5 «Тарифы на посещение и обращение по врачебной специальности (к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.6. Приложение № 6 «Тарифы на медицинские услуги»;

17.7.7. Приложение № 7 «Тарифы при оказании стоматологической медицинской помощи»;

17.7.8. Приложение № 8 «Критерии отнесения к КСГ случаев оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

17.7.9. Приложение № 9 «Тарифы на оплату комплексного посещения при проведении диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан»;

17.7.10. Приложение № 10 «Перечни медицинских организаций, оказывающих консультативную медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;

17.7.11. Приложение № 11 «Перечень медицинских организаций (отделений), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, распределенных по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.12. Приложение № 12 «Коэффициенты относительной затратоемкости для клинико-статистических групп и коэффициенты специфики при оказании медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.13. Приложение № 13 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях стационара»;

17.7.14. Приложение № 14 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

17.7.15. Приложение № 15 «Коэффициенты относительной затратоемкости для

клинико-статистических групп и коэффициенты специфики при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

17.7.16. Приложение № 16 «Коэффициенты, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу в условиях дневного стационара»;

17.7.17. Приложение № 17 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.18. Приложение № 18 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

17.7.19. Приложение № 19 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

17.7.20. Приложение № 20 «Тарифы на медицинские услуги диализа»;

17.7.21. Приложение № 21 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размеров санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Пермского края»;

17.7.22. Приложение № 22 «Методика определения коэффициента подуровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

17.7.23 Приложение № 23 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, распределенных по уровням и подуровням оказания медицинской помощи»;

17.7.24. Приложение № 24 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки».

17.7.25. Приложение № 25 «Методика определения дифференцированных подушевых нормативов по профилю «стоматология»;

17.7.26. Приложение № 26 «Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи по профилю «стоматология»;

17.7.27. Приложение № 27 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь».

Председатель Комиссии по разработке
территориальной программы обязательного
медицинского страхования Пермского края,
заместитель председателя
Правительства Пермского края _____ С.О. Никифоров
«____» _____ 2025 г.

Директор ТФОМС Пермского края _____Т.П. Мельникова
«____» _____ 2025 г.

Директор АСП ООО «Капитал МС» -
Филиала в Пермском крае _____ М.В. Мунгалова
«____» _____ 2025 г.

Член правления Пермской краевой общественной
организации «Профессиональное медицинское
сообщество Пермского края» _____ А.В. Касатов
«____» _____ 2025 г.

Заместитель председателя Пермской краевой
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации _____А.А. Черемных

«____» _____ 2025 г.