

Министр здравоохранения
Липецкой области



Л.И. Самошина

«30» января 2026г.

Заместитель директора – начальник
финансово-экономического
управления
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Липецкой области



О.В. Перфилова

«30» января 2026г.

Председатель
Липецкой областной
организации профсоюза работников
здравоохранения ГФ



Н.Ю. Зубова

«30» января 2026г.

Представитель страховых
медицинских организаций
директор Липецкого филиала АО
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



А.С. Неугодов

«30» января 2026г.

Член правления Липецкой областной
общественной организации содействия
реализации прав медицинских
работников «Ассоциация медицинских
работников»



А.Н. Степанов

«30» января 2026г.

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на оплату медицинской помощи
по обязательному медицинскому страхованию
на территории Липецкой области на 2026 год

Липецк 2026

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Общие положения.....	7
1.1.	Представители сторон, заключивших тарифное соглашение.....	7
1.2.	Предмет тарифного соглашения.....	7
1.3.	Нормативные документы.....	8
1.4.	Основные понятия и определения.....	8
2.	Способы оплаты медицинской помощи.....	10
2.1.	Общие положения.....	10
2.2.	Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	14
2.2.1.	Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи.....	15
2.2.1.1.	Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.....	20
2.2.1.2.	Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц	24
2.2.1.3.	Порядок оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого–анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеазной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).....	24
2.2.1.4.	Порядок финансирования фельдшерских, и фельдшерско-акушерских пунктов.....	25
2.2.1.5.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья.....	26
2.2.1.6.	Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения.....	32
2.2.1.7.	Порядок оплаты профилактических медицинских	

	осмотров.....	33
2.2.1.8.	Порядок оплаты медицинских услуг по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (covid-19).....	34
2.2.1.9.	Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.....	36
2.2.1.10.	Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.....	37
2.2.1.11.	Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних.....	37
2.2.1.12.	Оплата диализа в амбулаторных условиях.....	38
2.2.1.13.	Оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией.....	38
2.2.1.14.	Оплата за проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.....	38
2.2.1.15.	Оплата за проведение диспансерного наблюдения.....	39
2.2.1.16.	Оплата за проведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания	40
2.2.1.17.	Оплата за проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.....	40
2.2.1.18.	Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных в Центре цитологической диагностики ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер».....	43
2.2.1.19.	Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных в Референс-центре маммографических исследований ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер».....	43
2.2.1.20.	Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных с применением телемедицинских технологий.....	44
2.2.1.21.	Порядок оплаты медицинских услуг по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом.....	45
2.3.	Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах.....	47
2.3.1.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах	47
2.4.	Оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах.....	50
2.4.1.	Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах.....	50
2.5.	Оплата скорой медицинской помощи.....	52

2.5.1.	Порядок оплаты медицинских услуг скорой медицинской помощи.....	53
3.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи	55
3.1.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	55
3.1.1.	Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях	57
3.1.2.	Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций.....	57
3.1.3.	Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2026 год	58
3.1.4.	Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.....	58
3.1.5.	Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи.....	62
3.1.5.1.	Тарифы на оплату посещений, обращений.....	62
3.1.5.2.	Тарифы по стоматологии.....	64
3.1.5.2.1.	Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях.	64
3.1.5.3.	Тарифы на отдельные медицинские услуги.....	64
3.1.5.3.1.	Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов	64
3.1.5.3.2.	Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов.....	64
3.1.5.3.3.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения	64
3.1.5.3.4.	Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).....	64
3.1.5.3.5.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин.....	64
3.1.5.3.6.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.....	64
3.1.5.3.7.	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том	

	числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.....	64
3.1.5.3.8.	Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров взрослому населению.	64
3.1.5.3.9.	Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним	65
3.1.5.3.10	Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья	65
3.1.5.3.11	Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения.....	65
3.1.5.3.12	Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.....	65
3.1.5.3.13	Тарифы на медицинские услуги по проведению школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета.....	65
3.1.5.3.14	Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья для детей.....	65
3.1.5.3.15	Тарифы на медицинские услуги, по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов.....	65
3.1.6.	Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций	65
3.2.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях	66
3.2.1.	Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в круглосуточных стационарах, установленных Территориальной программой ОМС.....	66
3.2.2.	Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ.....	66
3.2.3.	Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ.....	66
3.2.4.	Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.....	66
3.2.4.1.	Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах.....	66
3.2.4.2.	Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в круглосуточном стационаре.....	67
3.2.4.3.	Коэффициенты специфики.....	69
3.2.5.	Расчет стоимости 1 случая лечения заболевания в круглосуточном стационаре.....	69
3.2.6.	Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи	71
3.2.7.	Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.....	73
3.3.	Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи,	

	оказанной в условиях дневного стационара	76
3.3.1.	Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по дневным стационарам, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в дневных стационарах, установленных Территориальной программой ОМС.....	76
3.3.2.	Перечень клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ	76
3.3.3.	Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ	76
3.3.4.	Поправочные коэффициенты оплаты КСГ	76
3.3.4.1.	Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах.....	76
3.3.4.2.	Коэффициенты специфики.....	76
3.3.4.3.	Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) в дневном стационаре.....	76
3.3.5.	Расчет стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре.....	78
3.3.6.	Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.....	79
3.4.	Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи	82
3.4.1.	Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи	82
3.4.2.	Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи	82
3.4.3	Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения по скорой медицинской помощи на 2024 год	82
3.4.4.	Тарифы на вызов скорой медицинской помощи.....	82
4.	Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.....	83
5.	Заключительные положения.....	86
5.1.	Срок действия Тарифного соглашения.....	86
5.2.	Порядок изменения Тарифного соглашения.....	86
5.3.-5.6.	Прочие положения.....	86
	Перечень приложений.....	86

1. Общие положения

1.1. Представители сторон, заключивших Тарифное соглашение

Министерство здравоохранения Липецкой области в лице министра Самошиной Лилии Игоревны, действующей на основании Положения, именуемое в дальнейшем «Министерство»,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Липецкой области в лице заместителя директора – начальника финансово-экономического управления фонда Перфиловой Ольги Васильевны, действующей на основании Положения, именуемый в дальнейшем «ТФОМС Липецкой области»,

Страховые медицинские организации в лице директора Липецкого филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Неугодова Александра Сергеевича, действующего на основании доверенности, именуемые в дальнейшем «Страховщики»,

Липецкая областная общественная организация содействия реализации прав медицинских работников «Ассоциация медицинских работников» в лице члена правления ассоциации Степанова Алексея Николаевича, действующего на основании Устава,

Липецкая областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Зубовой Натальи Юрьевны, действующей на основании Устава, именуемая в дальнейшем «Профсоюз»,

далее все вместе именуемые «Стороны» в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Липецкой области на 2026 год (далее – тарифное соглашение) о нижеследующем.

1.2. Предмет Тарифного соглашения

Тарифное соглашение устанавливает способы оплаты медицинской помощи, применяемые в системе обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области, размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области при оплате медицинской помощи.

Тарифное соглашение устанавливает общие методические принципы оплаты медицинской помощи (медицинских услуг) в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области.

Действие Тарифного соглашения распространяется на медицинские организации, функционирующие в системе обязательного медицинского страхования, в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов.

1.3. Нормативные документы

Тарифное соглашение разработано на основании:

- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями на 23.07.2025);
- Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон) (с изменениями на 28.11.2025);
- Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (с изменениями на 24.06.2025);
- Постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Постановления Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила 496н);
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями на 15.05.2025);
- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а так же ее финансового обеспечения» (с изменениями на 04.09.2024);
- Постановления Правительства Липецкой области от 30.01.2026 № 24 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

1.4. Основные понятия и определения

В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и их определения:

Для целей реализации настоящих рекомендаций устанавливаются следующие основные понятия и термины.

ОМС - обязательное медицинское страхование;

СМО (страховая медицинская организация) - страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области.

МО (медицинская организация) - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации и включенная в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области;

Тариф на медицинскую услугу – денежная сумма, определяющая уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации, связанных с оказанием медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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

Базовая ставка - 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 Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (средняя стоимость законченного случая лечения);

Коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый рекомендациями Минздрава РФ и ФФОМС коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи;

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

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.

2. Способы оплаты медицинской помощи

2.1. Общие положения

Способы оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования на территории Липецкой области установлены «Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

Оплата медицинской помощи (медицинских услуг), оказанных МО, производится СМО и ТФОМС Липецкой области, в порядке, предусмотренном договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, разработанными в соответствии с Типовым договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2025 № 470н.

Оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с установленными способами оплаты с учетом предъявленных МО счетов и реестров счетов за оказанные медицинские услуги, по тарифам, действующим в системе ОМС на территории Липецкой области на дату окончания оказания медицинской помощи.

После осуществления оплаты медицинской помощи СМО ежемесячно доводят до сведения каждой МО в письменной форме информацию о сумме окончательного финансирования в разрезе видов медицинской помощи и способов оплаты в сроки, согласованные между СМО и МО.

Показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях круглосуточного стационара (в том числе для медицинской реабилитации) выражается в количестве случаев госпитализации в расчете на 1 пациента в год, в поликлинике - в количестве посещений (комплексных посещений), обращений,

количестве услуг в расчете на 1 человека в год, в условиях дневного стационара (в том числе для медицинской реабилитации) - в количестве случаев лечения (случаев), скорой медицинской помощи - в количестве вызовов в расчете на 1 человека в год.

Объем медицинской помощи определяется в соответствии с территориальной программой ОМС. Объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи для каждой МО в расчете на год устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

СМО и ТФОМС Липецкой области, осуществляя оплату медицинской помощи, вправе, по результатам проведенного контроля объемов и качества медицинской помощи, частично или полностью не возмещать затраты МО за оказанную медицинскую помощь (медицинские услуги) путем удержания суммы, не подлежащей оплате, с последующего счета МО, а также применить к МО штрафные санкции.

Способы и формы оплаты медицинской помощи, не предусмотренные настоящим Тарифным соглашением, в системе ОМС на территории Липецкой области, не применяются.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, которые детализируются в соответствии с порядком, устанавливаемым в соответствии со статьями 18, 23.1 и 165 Бюджетного кодекса Российской Федерации, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере

здравоохранения Липецкой области и их подсистем не могут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

Тарифы предусматривают компенсацию расходов по обеспечению деятельности медицинской организации в части, относящейся к деятельности по ОМС. В тарифы не включаются расходы медицинской организации, которые в соответствии с территориальной программой ОМС финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

Контроль использования средств ОМС СМО и МО осуществляется ТФОМС Липецкой области в соответствии с Федеральным законом, в том числе путем проведения проверок.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона за использование не по назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы использованных не по назначению средств и пени в размере одной трехсотой ключевой ставки Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления требования территориальным фондом, от суммы использованных не по назначению средств за каждый день просрочки исполнения требований территориального фонда. Средства, использованные не по назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение десяти рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования.

В случае установления ТФОМС факта использования средств ОМС не по назначению, возврат использованных не по назначению средств, уплата штрафа и пени производится медицинской организацией в соответствии с требованиями части 9 статьи 39 Федерального закона в бюджет ТФОМС Липецкой области.

Расходы МО, связанные с возмещением использованных не по назначению средств, оплата штрафа и пени за счет средств ОМС не осуществляются.

Самостоятельный возврат СМО или МО до проведения проверки суммы использованных не по назначению средств обязательного медицинского страхования, не освобождает ее от уплаты штрафа. Пени в этом случае не начисляются.

Распределение затрат, необходимых для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, необходимо распределять между всеми источниками, формирующими доход учреждения от оказания медицинских услуг в соответствии с п. 292 раздела XI Правил 496н, и иным действующим законодательством.

Эффективным использованием средств ОМС является такое их использование медицинскими организациями, которое обеспечивает достижение заданных результатов с использованием наименьшего объема средств и (или) достижение наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по одним и тем же ее видам (одним и тем же медицинским услугам) являются едиными для всех медицинских организаций, включенных в один уровень оказания медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы.

Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи осуществляется Министерством здравоохранения Липецкой области.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются в соответствии с принятыми в территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

2.1.1. Порядок оплаты за проведение патолого-анатомических вскрытий

Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по

поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

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

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата осуществляется медицинскими организациями в рамках межучрежденческих расчетов. Рекомендуемый тариф предусмотрен в приложении № 9 к тарифному соглашению.

Оплата за проведение патолого-анатомических вскрытий во всех других случаях, кроме случаев смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, осуществляется из средств, предназначенных для финансирования медицинской помощи по видам и заболеваниям сверх базовой программы ОМС по соответствующему тарифу.

2.2. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе

углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в разрезе групп представлен в приложении № 1 к тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за УЕТ в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 2 к тарифному соглашению.

2.2.1. Порядок оплаты амбулаторной медицинской помощи

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

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

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

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеазной цепной реакции, лабораторной

диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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

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

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

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

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

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Для медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, единицей объема является:

комплексное посещение для проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, школ для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным сахарным диабет, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) взрослого населения с профилактической целью, включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

посещение с иными целями;

посещение по неотложной помощи;

обращение в связи с заболеванием (законченный случай лечения);

условная единица трудоемкости (УЕТ) – для стоматологической медицинской помощи;

медицинская услуга.

По тарифу посещения с иными целями оплачиваются:

посещения для проведения второго этапа диспансеризации;

разовые посещения в связи с заболеваниями (в том числе работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача);

посещения центров здоровья, за исключением комплексных посещений с профилактическими центрами здоровья (центров медицины здорового долголетия) взрослого населения с профилактической целью;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами.

Оплата осуществляется по соответствующим тарифам одного посещения с иными целями.

При оказании медицинской помощи по посещениям с иными целями прикрепленному населению, на оплату могут выставляться только следующие дополнительные медицинские услуги:

- медицинские услуги по проведению маммографии;
- медицинские услуги по проведению флюорографии легких;
- медицинские услуги по проведению перитонеального диализа, амбулаторного гемодиализа;
- медицинские услуги по проведению МРТ и КТ;
- медицинские услуги по проведению ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;
- медицинские услуги, оказываемые в кабинетах охраны зрения;
- вакцинация;
- прием в доврачебном кабинете;
- прием в смотровом кабинете;
- кардиотокография плода;
- медицинские услуги по проведению ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы;
- медицинские услуги по проведению эндоскопических диагностических исследований;
- медицинские услуги по проведению молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;
- медицинские услуги по проведению неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);
- медицинские услуги по определению РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции;
- медицинские услуги по проведению лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).

Дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача при оказании медицинской помощи с иными целями

иногородним гражданам и гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, выставляются на оплату для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих расчетов.

По тарифу обращения в связи с заболеванием оплачиваются:

1) два и более посещения пациента (в том числе работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача):

- в поликлинике с лечебно-диагностической целью (в том числе женской консультации при постановке на учет по наблюдению за развитием беременности);

- в поликлинике с консультативной целью по поводу обследования при подозрении на заболевание, или для оценки динамики развития ранее установленного заболевания;

- на дому с лечебно-диагностической целью по поводу одного и того же заболевания;

2) случаи оказания медицинской помощи на дому с последующими посещениями поликлиники по поводу одного и того же заболевания.

Стоимость лечения в реестре должна быть равна стоимости 1 обращения по соответствующему тарифу.

Расходы на проведение манипуляций, амбулаторных операций учтены в тарифе одного обращения по поводу заболевания и отдельно на оплату не выставляются.

При оказании медицинской помощи по обращениям по поводу заболевания пациенту, прикрепленному населению, на оплату могут выставляться только следующие дополнительные медицинские услуги:

- медицинские услуги по проведению маммографии;
- медицинские услуги по проведению флюорографии легких;
- медицинские услуги по проведению перитонеального диализа, амбулаторного гемодиализа;

- медицинские услуги по проведению МРТ и КТ;
- медицинские услуги по проведению ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;
- медицинские услуги для пульмонологического и ревматологического центров;

- медицинские услуги по спелевоздействию;
- медицинские услуги, оказываемые в кабинетах охраны зрения;
- медицинские услуги по проведению ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы;

- медицинские услуги по проведению эндоскопических диагностических исследований;

- медицинские услуги по проведению молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

- медицинские услуги по проведению неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);

- медицинские услуги по определению РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции;

- медицинские услуги по проведению лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).

Дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача при оказании медицинской помощи по обращениям по поводу заболевания иногородним гражданам и гражданам, не прикрепленным к медицинской организации, выставляются на оплату для осуществления межтерриториальных и межучрежденческих расчетов.

По тарифу посещения в неотложной форме оплачиваются:

- одно посещение пациента на дому (в том числе работниками, имеющими среднее медицинское образование, ведущими самостоятельный прием, в случае возложения на них отдельных функций лечащего врача);

- случаи оказания медицинской помощи в травматологических пунктах;

- случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении стационарного звена медицинской организации без последующей госпитализации пациента.

При оказании неотложной медицинской помощи на оплату выставляются дополнительные медицинские услуги, показанные и проведенные по направлению лечащего врача.

Посещения в неотложной форме по видам и условиям оказания медицинской помощи, не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования оплате из средств ОМС не подлежат.

2.2.1.1. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Подушевой норматив включает в себя финансовые средства на оказание первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному прикрепленному населению в других МО, участвующих в подушевом финансировании по видам медицинской помощи, включенным в состав подушевых нормативов.

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

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования представлен в приложении № 24 к тарифному соглашению.

Не включаются в расчет подушевых нормативов расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеазной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, оказание 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 реабилитации в амбулаторных условиях, расходы на оплату посещений в неотложной форме, услуг диализа в

амбулаторных условиях, средства, направляемые на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в соответствии с установленными Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), на финансовое обеспечение медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, профпатологии, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, паллиативной медицинской помощи населению в амбулаторных условиях без учета посещений на дому патронажными бригадами, при проведении патолого-анатомических вскрытий (кроме случаев смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования), расходы на финансирование амбулаторной медицинской помощи в МО, не имеющих прикрепившихся лиц, расходы на медицинскую помощь, оказанную в круглосуточных стационарах, дневных стационарах, скорую медицинскую помощь).

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи представлен в приложении № 25 к тарифному соглашению.

Прикрепление застрахованных граждан на медицинское обслуживание к медицинской организации осуществляется в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Информация о наименовании МО, к которой прикреплен гражданин, отражается в базе данных застрахованных.

Помимо медицинской помощи, оказываемой прикрепившимся лицам, медицинская организация может оказывать медицинские услуги и лицам, прикрепившимся к другим медицинским организациям.

В период наблюдения и лечения пациента в медицинской организации, к которой он прикреплен, лечащий врач по показаниям может направить пациента на консультацию к врачу-специалисту другой медицинской организации. В этом случае лечащий врач оформляет соответствующее направление.

Ежемесячная сумма подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи рассчитывается ТФОМС Липецкой области и доводится до сведения СМО.

Размер финансового обеспечения по подушевому нормативу для каждой медицинской организации определяется исходя из численности прикрепившихся к ней лиц.

Счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной поликлинике, оплачиваются СМО по тарифам, определенным для МО, оказавшей медицинскую помощь, из финансового обеспечения по подушевому

нормативу тех МО, к которым данные граждане прикреплены. В реестре счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной медицинской организации, отражается, в том числе информация о направлениях от врачей других медицинских организаций, а также наименование медицинской организации, к которой прикреплен пациент. Оплата счетов, за медицинские услуги, оказанные неприкрепленному населению, осуществляется при наличии направления из МО. В случае отсутствия направления, оплата осуществляется при условии согласия заинтересованных сторон. Факт согласия сторон оформляется в форме Акта.

Межучрежденческие расчеты осуществляют СМО в следующем порядке:

- в первую очередь, определяется сумма уменьшения подушевого финансирования каждой медицинской организации, для оплаты медицинской помощи (по видам, включенным в состав подушевых нормативов), оказанной в других МО, лицам, прикрепившимся к данной МО, что производится путем суммирования стоимости позиций реестров счетов других МО по пациентам, прикрепившимся к данной МО. В случае, если суммы подушевого финансирования медицинской организации не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме, стоимость всех вышеуказанных позиций реестров счетов пропорционально снижается до суммы подушевого финансирования МО, к которой прикреплены пациенты, получившие медицинскую помощь;

- затем определяется сумма средств за медицинские услуги, оказанные в данной МО населению, прикрепленному к другим МО, по соответствующим счетам. Сумма оплаты за медицинскую помощь, оказанную в данной МО населению, прикрепленному к другим МО может быть снижена с учетом указанных в предыдущем абзаце случаев (когда суммы подушевого финансирования другой МО недостаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме).

Контроль соответствия суммы выставленных на оплату счетов установленному размеру финансового обеспечения по подушевому нормативу осуществляют СМО.

Сумма остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу определяется СМО для каждой МО путем исключения из общего размера финансового обеспечения по подушевому нормативу суммы средств, предназначенной для перечисления в другие МО в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Оставшиеся финансовые средства от установленного дифференцированного подушевого норматива направляются в соответствующие медицинские организации.

В случае превышения стоимости медицинской помощи по реестрам прикрепленного населения над размером остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу, страховая медицинская организация производит оплату счетов за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям в пределах суммы финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Результаты проведенного СМО расчета сумм, подлежащих оплате ежемесячно документально оформляются, заверяются ответственным лицом и

подписываются руководителем. Подписанный документ СМО доводят до сведения МО на бумажном носителе, или в цифровом виде.

2.2.1.2. Порядок оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), оказанной в поликлиниках МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи

Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной в МО (структурных подразделениях МО), не имеющих прикрепившихся лиц осуществляется по утвержденной стоимости единиц объема медицинской помощи, стоимости соответствующих медицинских услуг.

Медицинская помощь, оказанная в данных медицинских организациях (структурных подразделениях) оплачивается СМО из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу амбулаторной медицинской помощи.

Оплата производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС.

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

Оплата за проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого–анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеазной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Оплата осуществляется по тарифам, установленным в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема.

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

Оплата медицинской помощи осуществляется в пределах объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

2.2.1.4. Порядок финансирования фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, на 2026 год определяется в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», Постановлением Правительства Липецкой области от 30.01.2026 № 24 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Липецкой области медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов».

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФАП (ФП, ФЗП) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению представлен в приложении № 3 к тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты), определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты) исходя из их количества в составе медицинской организации и установленного среднего размера их финансового обеспечения.

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

2.2.1.5. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний

В целях охраны здоровья граждан и внедрения здоровьесберегающих технологий в медицинских организациях осуществляется деятельность центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

В рамках проведения обследования граждан с целью оценки функциональных и адаптивных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, посещения с профилактическими целями центров здоровья, включают в себя случаи оказания взрослому населению следующей медицинской помощи:

- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания (первичное посещение), включающее следующие мероприятия

№ п/п	Мероприятие
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ
3	Анкетирование пациента по вопросам питания
4	Проведение биоимпедансометрии
5	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии)
6	Проведение динамометрии
7	Проведение исследования при помощи смеклайзера
8	Проведение спирометрии
9	Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана
10	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение
11	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение
12	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением

- индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания с применением телемедицинских технологий (первичное посещение), включающее следующие мероприятия

№ п/п	Мероприятие
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ
3	Анкетирование пациента по вопросам питания
4	Разработка врачом/фельдшером программы по ЗОЖ, ее разъяснение
5	Разработка врачом/фельдшером рекомендации по здоровому питанию, их разъяснение
6	Установка мобильного приложения на смартфон пациента с помощью медицинской сестры и обучение пациента работе с приложением

- групповое углубленное профилактическое консультирование в центре здоровья для взрослых, в том числе с применением телемедицинских технологий, включающее следующие мероприятия

№ п/п	Мероприятие
1	Проведение врачом/фельдшером индивидуального углубленного профилактического консультирования

- повторное посещение для проведения диспансерного наблюдения через 3 месяца после постановки на учет, включающее следующие мероприятия:

№ п/п	Мероприятие
1	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья
2	Анкетирование пациента по теме ЗОЖ
3	Анкетирование пациента по вопросам питания
4	Проведение биоимпедансометрии
5	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)
6	Проведение динамометрии
7	Проведение исследования при помощи смокелайзера
8	Проведение спирометрии
9	Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана
10	Осмотр (консультация) медицинским психологом (по показаниям)
11	Осмотр (консультация) врачом-диетологом (по показаниям)

- повторное посещение для проведения диспансерного наблюдения через 6 месяцев, 12 месяцев после постановки на учет, включающее следующие мероприятия:

№ п/п	Мероприятие
1	Прием (осмотр) врачом/фельдшером центра здоровья
2	Проведение биоимпедансометрии
3	Проведение антропометрии (рост, вес, окружность талии, окружность бедер, вычисление ИМТ)
4	Проведение динамометрии
5	Проведение исследования при помощи смокелайзера

6	Проведение спирометрии
7	Проведение пульсоксиметрии/ применение ангиоскана

Одновременно с проведением обследования граждан с целью оценки функциональных и адаптивных резервов здоровья, выявления факторов риска развития неинфекционных заболеваний, включая риск пагубного потребления алкоголя, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, при наличии соответствующей инфраструктуры в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) может быть организовано обследование граждан в целях выявления изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний и самих заболеваний (далее - предриски).

В этом случае в штатном расписании центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) предусматривается должность врача по медицине здорового долголетия, включенная в номенклатуру должностей медицинских работников и фармацевтических работников, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае если в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) обследование граждан проводится врачом по медицинской профилактике, то такой врач должен пройти обучение по вопросам медицины здорового долголетия в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Обследование граждан в центре здоровья (центре медицины здорового долголетия) осуществляется в 2 этапа.

На первом этапе все обратившиеся в центры здоровья (центры медицины здорового долголетия) граждане в возрасте 18 лет и старше (без ограничений по возрасту) проходят анкетирование и исследования, направленные на определение биологического возраста, в том числе с применением калькуляторов биологического возраста, включая использование в этих целях зарегистрированных медицинских изделий и программных продуктов.

Анкетирование граждан должно быть проведено до начала исследований, в том числе с использованием федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)» или региональных порталов государственных и муниципальных услуг (функций).

По результатам анкетирования и оценки биологического возраста врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия принимает решение о проведении дополнительных исследований (второй этап), предусмотренных примерными программами исследований, проводимых в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленных на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, направленных на:

выявление признаков преждевременной активации механизмов старения и предрисков;

выявление факторов риска развития заболеваний.

Примерные программы исследований, проводимых в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) и направленных на выявление

изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний (далее – примерные программы исследований):

1. Для определения преждевременной активации иммуновоспалительного механизма старения проводятся следующие исследования:

клинический анализ крови с СОЭ;

общий анализ мочи;

биохимическое исследование крови для определения уровня ферритина, С-реактивного белка, интерлейкина-6, цинка и магния, а также фактора некроза опухоли в случае отклонения в сторону увеличения показателей биологического возраста от календарного на 5 лет и более.

2. Для определения инсулинорезистентности, гликирования и преждевременной активации метаболического механизма старения проводится биохимическое исследование крови для определения уровня:

инсулина;

глюкозы;

гликозилированного гемоглобина (HbA1c);

у мужчин - тестостерона общего и свободного;

у женщин - эстрадиола;

глобулина, связывающего половые гормоны;

тиреотропного гормона (ТТГ);

дегидроэпиандростерон-сульфата и инсулиноподобного фактора роста 1 (ИФР-1) в случае отклонения в сторону увеличения показателей биологического возраста от календарного на 5 лет и более.

3. Для определения преждевременной активации механизма оксидативного стресса и (или) митохондриальной дисфункции и сосудистого механизма старения (выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний (далее - предриски) сердечно-сосудистой системы), регенерации тканей проводится биохимическое исследование крови для определения уровня:

малонового диальдегида (оксидативный стресс);

холестерина общего;

триглицеридов;

холестерина липопротеидов низкой плотности и липопротеидов очень низкой плотности;

холестерина липопротеидов высокой плотности;

аполипопротеина b;

липопротеина (a);

мочевой кислоты;

омега-3-индекса;

гомоцистеина;

витамина B12;

фолиевой кислоты;

Д-димера;

железа;

трансферрина;

натрия;
хлора;
калия;

про-натрийуретрического пептида в случае отклонения в сторону увеличения показателей биологического возраста от календарного на 5 лет и более.

4. Для оценки преждевременной активации механизма старения, связанного с дисбактериозом кишечника, проводится 16-S секвенирование микробиома кишечника (при наличии инфраструктуры для проведения исследования).

5. Для раннего выявления предриска развития нарушений опорно-двигательной системы (остеопороза и (или) саркопении) проводится биохимическое исследование крови для определения уровня:

кальция ионизированного и общего;
фосфора;
25-ОН-витамина D;
щелочной фосфатазы;

C-терминального телопептида сыворотки (I типа) при наличии инфраструктуры для проведения исследования.

6. Для раннего выявления предрисков развития нарушения обмена веществ, ожирения и связанных с этим заболеваний проводятся:

биоимпедансометрия;

биохимическое исследование крови в соответствии с программой 3 настоящего пункта.

7. Для раннего выявления признаков снижения когнитивных функций и нарушений психоэмоционального состояния проводятся:

исследование с использованием зарегистрированных программных продуктов для оценки когнитивных функций и психоэмоционального состояния;

биохимическое исследование крови в соответствии с программой 3 настоящего пункта.

Второй этап проводится с учетом выявленных по результатам анкетирования и оценки биологического возраста отклонений в деятельности отдельных систем организма.

Если у гражданина ранее уже выявлены факторы риска развития того или иного заболевания или он состоит под диспансерным наблюдением по конкретному заболеванию или состоянию, такому гражданину исследования проводятся только в части механизмов преждевременного старения и предрисков, приводящих к формированию факторов риска, возникновению заболеваний и состояний, по которым гражданин под диспансерным наблюдением не состоит.

Исследование микробиоты кишечника проводится только в случае наличия у гражданина:

длительностью более месяца диспепсических или кишечных расстройств, причина которых ранее установлена не была;

в анамнезе длительного (более 2 недель) приема антибактериальных препаратов или перенесенной в течение последних 3 лет кишечной инфекции;

непереносимости отдельных продуктов питания, не подтвержденных исследованиями на выявление аллергена;

железодефицитной анемии неясного генеза;

жалоб на быструю утомляемость;
учащения простудных заболеваний (более 5 раз в год);
увеличения массы тела, не поддающегося коррекции изменением режима питания и образа жизни.

Анкетирование и исследования не проводятся лицам, получающим паллиативную медицинскую помощь, инвалидам I группы, лицам с психическими расстройствами и расстройствами поведения или тяжелыми когнитивными нарушениями, не позволяющими провести анкетирование и необходимые исследования.

Если в течение предыдущих 6 месяцев обратившийся гражданин уже проходил исследования, указанные в примерных программах исследований, такие исследования учитываются врачом по медицинской профилактике (врачом по медицине здорового долголетия) и повторно не проводятся при наличии подтверждающих результаты исследований медицинских документов, в том числе размещенных в информационных медицинских системах, доступных врачам центров здоровья (центров медицины здорового долголетия).

Врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия по результатам анкетирования и проведенных исследований проводит консультирование обратившегося гражданина.

В случае отсутствия необходимости проведения второго этапа исследования консультирование гражданина проводится в день его обращения.

При заборе на втором этапе материала для проведения исследований, консультирование гражданина проводится в срок, не превышающий 10 рабочих дней после проведения первого этапа. Для граждан, проживающих в сельской местности или отдаленных от центра здоровья (центра медицины здорового долголетия) населенных пунктах, консультирование может быть проведено с использованием телекоммуникационных технологий с внесением соответствующей информации в медицинскую документацию гражданина.

В ходе консультирования врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия дает обратившемуся гражданину рекомендации, направленные на:

ликвидацию или коррекцию признаков преждевременной активации механизмов старения, коррекцию предрисков и факторов риска развития заболеваний (в случае проведения соответствующих исследований в рамках второго этапа);

коррекцию питания (переход на здоровое питание);

формирование оптимального режима двигательной активности;

улучшение когнитивных функций и психологического состояния, включая рекомендации, направленные на вовлечение граждан в творчество, формирование привычки регулярного посещения учреждений культуры и искусства, выставочных и иных культурных мероприятий, в соответствии с рекомендациями, утвержденными Министерством культуры Российской Федерации.

В случае выявления по результатам исследований факторов риска развития заболеваний гражданин направляется для дальнейшего диспансерного наблюдения к врачу по медицинской профилактике.

При выявлении в ходе исследований признаков наличия у обратившегося гражданина тех или иных заболеваний врач по медицинской профилактике или

врач по медицине здорового долголетия направляет такого гражданина к соответствующему врачу для дальнейшего обследования, лечения и диспансерного наблюдения.

По результатам исследований и консультирования гражданину оформляется и выдается (в том числе в электронном виде) паспорт здоровья по форме и в порядке, которые утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В случае выявления в ходе исследований у гражданина признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрисков врач по медицинской профилактике или врач по медицине здорового долголетия осуществляет учет и динамическое наблюдение за гражданином, включая оценку биологического возраста и проведение повторных исследований, по результатам которых в ходе второго этапа были выявлены отклонения от нормы:

через 3 месяца после выявления признаков преждевременной активации механизмов старения и (или) предрисков;

далее с установленной врачом периодичностью до стабилизации состояния организма, улучшения когнитивных функций и психоэмоционального состояния, но не чаще 2 раз в год.

Порядок организации деятельности центра здоровья (центра медицины здорового долголетия), включая стандарт оснащения, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации. Также Министерством здравоохранения Российской Федерации разрабатываются и утверждаются методические рекомендации по проведению в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) анкетирования, оценки биологического возраста и исследований обратившихся граждан, интерпретации их результатов и порядка действий в случае выявления изменений.

Медицинские изделия и программное обеспечение, не включенные в стандарт оснащения центра здоровья, утвержденный Министерством здравоохранения Российской Федерации не подлежат оплате из средств ОМС.

Медицинские услуги, оказанные взрослому населению в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия), включенные в приложение № 17 к тарифному соглашению, оплачиваются СМО по соответствующим тарифам, из средств, не входящих в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Другие медицинские услуги, оказанные в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия) взрослому населению, кроме включенных в приложение № 17 к тарифному соглашению, а так же, оказанные в центрах здоровья для детей, оплачиваются СМО по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.6. Порядок оплаты медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения

Диспансеризация определенных групп взрослого населения (работающих граждан и неработающих граждан) проводится в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Диспансеризация проводится в два этапа.

Первый этап диспансеризации считается завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках 1 этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, проведенная диспансеризация не подлежит оплате по тарифам диспансеризации, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Первый этап диспансеризации может проводиться мобильными медицинскими бригадами, осуществляющими свою деятельность в соответствии с правилами организации работы мобильных медицинских бригад, предусмотренными приложением № 10 к Положению об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н.

Второй этап диспансеризации проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), выявленного на первом этапе.

В рамках второго этапа на оплату выставляются только те медицинские услуги, которые были фактически проведены пациенту.

Оплата медицинских услуг по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.7. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров

Профилактические медицинские осмотры проводятся в соответствии с Приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н.

Профилактические медицинские осмотры осуществляются взрослому населению (в возрасте 18 лет и старше).

Профилактические медицинские осмотры проводятся ежегодно:

- в качестве самостоятельного мероприятия;
- в рамках диспансеризации;
- в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).

Профилактический медицинский осмотр считается завершенным в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по

медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или Центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

В случае выполнения в рамках профилактического медицинского осмотра менее 85%, такие случаи не учитываются как проведенный профилактический осмотр и не подлежат оплате по тарифам на проведение профилактических медицинских осмотров, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам на единицу объема (посещение, медицинская услуга).

Оплата медицинской помощи по проведению профилактических медицинских осмотров осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.8. Порядок оплаты медицинских услуг по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию.

Проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации.

Углубленная диспансеризация проводится в два этапа.

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

- а) измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;
- б) тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность);
- в) проведение спирометрии или спирографии;
- г) общий (клинический) анализ крови развернутый;
- д) биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение

активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

е) определение концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

ж) проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года);

з) прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики).

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

а) проведение эхокардиографии (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

б) проведение компьютерной томографии легких (в случае показателя сатурации в покое 94 процента и ниже, а также по результатам проведения теста с 6-минутной ходьбой);

в) дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови).

При оплате углубленной диспансеризации применяются следующие способы:

в рамках 1 этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);

- за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу при проведении теста с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и больше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или повысилась их интенсивность), определении концентрации Д-димера в крови у граждан, перенесших среднюю степень тяжести и выше новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

в рамках 2 этапа углубленной диспансеризации - за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу.

Оплата за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови)

осуществляется в случае выполнения 100% исследований и медицинских вмешательств, предусмотренных комплексным посещением. В случае, если отдельные исследования и/или медицинские вмешательства не были выполнены, оплата такого случая не осуществляется.

Оплата медицинской помощи по проведению углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.9. Порядок оплаты диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 212н, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врач-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительный осмотр врачом-специалистом и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.10. Порядок оплаты диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью

Диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения установленного объема обследования не менее 100 %.

Незаконченные случаи диспансеризации не подлежат оплате по тарифам на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 212н, врач, ответственный за проведение диспансеризации, врачи-специалисты, участвующие в проведении диспансеризации, направляют несовершеннолетнего на дополнительный осмотр врачом-специалистом и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.11. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних

Профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних осуществляются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 211н.

Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний,

заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей.

В случае подозрения на наличие у несовершеннолетнего заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении осмотров врачами-специалистами и исследований, включенных в перечень исследований, установленный приложением № 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2025 № 211н, врач, ответственный за проведение профилактического осмотра, врачи-специалисты, участвующие в проведении профилактического осмотра, направляют несовершеннолетнего на дополнительную консультацию и (или) исследование (II этап).

Оплата таких медицинских услуг осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата реестров медицинской помощи по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.12. Оплата диализа в амбулаторных условиях

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

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

На проведение услуг диализа установлены единые тарифы для всех медицинских организаций независимо от уровня оказания медицинской помощи.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.13. Оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией

В соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» оплата за проведение позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ) осуществляется в амбулаторных условиях.

2.2.1.14. Оплата за проведение медицинской реабилитации в амбулаторных условиях

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции

(COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10–12 посещений.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно, в зависимости от оценки состояния пациента по ШРМ (1–3 балла) и заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.15. Оплата за проведение диспансерного наблюдения

Диспансерное наблюдение проводится в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, предусмотренных порядком проведения диспансерного наблюдения, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

Оплате за комплексное посещение подлежат в том числе случаи проведения диспансерного наблюдения работающих застрахованных лиц по месту осуществления служебной деятельности в целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений ранее сформированных хронических неинфекционных заболеваний и случаи проведения диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения установлены дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования медицинских организаций.

Оплата случаев диспансерного наблюдения детского населения, кроме случаев проведения диспансерного наблюдения детей, проживающих в

организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется из средств, включенных в расчет подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи, по тарифам посещения, обращения в связи с заболеванием для соответствующего профиля. Для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц оплата таких случаев осуществляется за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение).

2.2.1.16. Оплата за проведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания

В целях повышения эффективности расходования средств обязательного медицинского страхования оплата посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется из средств, не включенных в расчет подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи. Единицей объема является комплексное посещение.

При проведении школы сахарного диабета, комплексное посещение включает от 15 до 20 часов занятий, а также проверку дневников самоконтроля.

Тарифы на комплексное посещение школы сахарного диабета установлены в зависимости от типа сахарного диабета, а также возраста пациента.

Тариф на проведение комплексного посещения школы сахарного диабета в среднем включает:

- для взрослых с сахарным диабетом 1 типа – 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- для взрослых с сахарным диабетом 2 типа – 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- для детей и подростков с сахарным диабетом - 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

2.2.1.17. Оплата за проведение диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп, в том числе одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации, организуется проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов». При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским работником медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную

медицинскую организацию. В случае отсутствия в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) данная медицинская организация привлекает к проведению диспансеризации соответствующих врачей иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм их работы) с обязательным информированием гражданина о дате и времени работы этих врачей не менее чем за 3 рабочих дня до назначения даты приема (осмотра).

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

Диспансеризация проводится в 2 этапа женщинам и мужчинам в возрасте от 18 до 49 лет.

Первый этап включает следующие медицинские услуги:

а) у женщин:

прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом;

микроскопическое исследование влагалищных мазков;

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

у женщин в возрасте 21 - 49 лет один раз в 5 лет - определение ДНК-вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции. Жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на вирус папилломы человека;

у женщин в возрасте 18 - 29 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции, которое включает определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов.

б) у мужчин:

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

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

а) у женщин:

у женщин в возрасте 30 - 49 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом ПЦР, которое включает определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов;

ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное в 1-й фазе менструального цикла (при наличии); при невозможности проведения

трансвагинального исследования по медицинским показаниям (пороки развития влагалища, *virgo*), а также при наличии медицинских показаний для расширения исследования - ультразвуковое исследование матки и придатков трансабдоминальное;

ультразвуковое исследование молочных желез в 1-й фазе менструального цикла (при наличии);

повторный прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом.

б) у мужчин:

спермограмму;

микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (в объеме не менее *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*);

ультразвуковое исследование предстательной железы и органов мошонки;

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

При оплате случая диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, включающего медицинские услуги, проведенные на первом и втором этапе, применяются следующие способы:

в рамках 1 этапа у женщин:

- за комплексное посещение, включающее прием (осмотр) врачом акушером-гинекологом, микроскопическое исследование влагалищных мазков, определение концентрации водородных ионов (pH) отделяемого слизистой оболочки влагалища;

- за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу в дополнении к комплексному посещению: при проведении определения ДНК-вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом полимеразной цепной реакции у женщин в возрасте 21 - 49 лет один раз в 5 лет, жидкостного цитологического исследования микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на вирус папилломы человека, лабораторного исследования мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции, которое включает определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР у женщин в возрасте 18 - 29 лет;

в рамках 1 этапа у мужчин:

- за комплексное посещение, включающее прием (осмотр) врачом-урологом (при его отсутствии врачом-хирургом, прошедшим подготовку по вопросам репродуктивного здоровья у мужчин);

в рамках 2 этапа у женщин и мужчин - за единицу объема медицинской помощи – медицинскую услугу.

На оплату в СМО предоставляется законченный случай проведения диспансеризации в случае выполнения предусмотренного на 1 этапе объема обследований не менее 100 %.

Оплата осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2.1.18. Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных в Центре цитологической диагностики ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

При оказании амбулаторной медицинской помощи, в случае если порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи, или клиническими рекомендациями предусмотрено проведение цитологических исследований, такие исследования могут быть проведены в Центре цитологической диагностики ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер» (далее – Центр цитологической диагностики). При этом забор материала осуществляется в медицинской организации по месту оказания амбулаторной медицинской помощи. Полученный материал направляется для проведения исследования в Центр цитологической диагностики.

Оплата за проведение исследований в Центре цитологической диагностики осуществляется страховыми медицинскими организациями по тарифам, установленным приложением № 9 к тарифному соглашению:

- при проведении в Центре цитологической диагностики цитологического исследования в ходе прохождения пациентом диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, или профилактического медицинского осмотра, оплата осуществляется из средств, предусмотренных для финансирования диспансеризации или профилактического осмотра медицинской организации, направившей материал на исследование;

- при проведении в Центре цитологической диагностики цитологического исследования материала, забор которого осуществлен в ходе амбулаторного приема (посещение с иной целью, обращение) в медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, оплата осуществляется из средств подушевого финансирования медицинской организации, направившей материал на исследование.

Межучрежденческие взаиморасчеты между медицинской организацией, направившей материал на исследование и медицинской организацией, к которой прикреплен пациент, осуществляются в порядке, установленном пунктом 2.2.1.1. тарифного соглашения.

2.2.1.19. Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных в Референс-центре маммографических исследований ГУЗ «Липецкий областной онкологический диспансер»

В рамках межучрежденческих расчетов, оплата за проведение описания и интерпретации маммографических снимков осуществляется страховыми

медицинскими организациями по соответствующему тарифу (территориальный код в приложении № 9 к тарифному соглашению - 300123, номенклатурный код – А06.30.002), из средств, предусмотренных для финансирования профилактического медицинского осмотра или диспансеризации медицинской организации, направившей маммографический снимок.

2.2.1.20. Порядок оплаты медицинских услуг, оказанных с применением телемедицинских технологий

Телемедицинские технологии используются в целях повышения доступности медицинской помощи, сокращения сроков ожидания консультаций и диагностики, оптимизации маршрутизации пациентов и повышения эффективности оказываемой медицинской помощи маломобильным гражданам, имеющим физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов.

Телемедицинские технологии применяются при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи.

Консультации с применением телемедицинских технологий проводятся в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках Постановления Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» выбор консультирующей медицинской организации и врача-консультанта осуществляется в соответствии со статьей 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при соблюдении особенностей, установленных частью 2 статьи 36.2 указанного Федерального закона.

При оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий консультации и (или) консилиумы врачей с применением телемедицинских технологий в плановой форме осуществляются с учетом соблюдения установленных требований к срокам проведения таких консультаций.

Оценку соблюдения сроков проведения консультаций при оказании медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляют страховые медицинские организации с передачей сведений о фактах нарушений сроков территориальным фондам обязательного медицинского страхования, а также исполнительным органам Липецкой области в сфере охраны здоровья для проведения анализа и принятия управленческих решений.

Оплата медицинских услуг с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями в части телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителей

отдаленных и малонаселенных районов, телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения осуществляется из средств, не входящих в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Оплата медицинских услуг с применением телемедицинских технологий, при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, кроме телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителей отдаленных и малонаселенных районов, телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения осуществляется из средств, включенных в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Оплату за проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой при оказании медицинской помощи в экстренной, неотложной и плановой формах осуществляет медицинская организация, запросившая консультацию с применением телемедицинских технологий.

2.2.1.21. Порядок оплаты медицинских услуг по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом

Дистанционное наблюдение назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза.

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом установлены с учетом расходов, связанных с оплатой дистанционного наблюдения за одним пациентом в течение всего календарного года с учетом частоты и кратности проведения дистанционного наблюдения.

Для пациентов с артериальной гипертензией, норматив финансовых затрат включает среднюю длительность нахождения пациента на дистанционном наблюдении 3,6299 месяцев в году, для пациентов с сахарным диабетом - 12 месяцев в году.

Отбор пациентов для проведения дистанционного наблюдения осуществляется при соответствии следующим критериям:

пациенты с артериальной гипертензией:

- при одновременном выполнении 3 условий:

1. Установлено диспансерное наблюдение по коду МКБ I10-I13;
2. Неконтролируемая АГ (на очном приеме зафиксировано систолическое АД выше 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД выше 90 мм рт.ст.);
3. Коморбидный пациент.

пациенты с сахарным диабетом:

1 группа: пациенты с СД 1 типа (коды по МКБ-10 E10.2-E10.9), состоящие на диспансерном наблюдении и имеющие показатель уровня гликированного гемоглобина больше или равно 7,0% (декомпенсация);

2 группа: пациенты с СД 2 типа (коды по МКБ-10 E11.2-E11.9), состоящие на диспансерном наблюдении и имеющие показатель уровня гликированного гемоглобина больше или равно 7,0% (декомпенсация).

Оплата осуществляется за 1 месяц дистанционного наблюдения.

Случай проведения дистанционного наблюдения представляется к оплате при условии соблюдения следующих условий:

- случай дистанционного наблюдения предъявляется к оплате МО, к которой прикреплено застрахованное лицо, или МО, проводившей случай диспансерного наблюдения, по результатам которого принято решение о целесообразности установления дистанционного наблюдения;

- измерения за каждый месяц передаются в объеме не менее чем за 85% дней в месяц не менее чем 2 раза в день (не менее 51 измерения в месяц);

- наличие оформленного и подписанного лечащим врачом «Протокола по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом» (СЭМД № 262).

Тариф на оплату дистанционного наблюдения не включает расходы на осуществление приема пациента, находящегося на дистанционном наблюдении, лечащим врачом в целях коррекции назначенной пациенту терапии и/или программы дистанционного наблюдения, затраты на обеспечение медицинскими изделиями (в т.ч. на аренду и амортизацию), расходы, связанные с использованием систем поддержки принятия врачебных решений.

Приобретение тонометров и глюкометров для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом осуществляется за счет средств бюджета Липецкой области или личных средств пациента.

Оплата медицинских услуг по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется из средств, включенных в расчет финансового обеспечения по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах

Перечень круглосуточных стационаров медицинских организаций в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

2.3.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в круглосуточных стационарах

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) применяются следующие способы оплаты:

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- услуг диализа, включающих различные методы.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, указанного в Перечне видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.

Медицинская помощь в неотложной и экстренной формах, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ–10, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи.

Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным

Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов.

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Высокотехнологичная медицинская помощь, оказывается в медицинских организациях Липецкой области, медицинских организациях других субъектов РФ.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях других субъектов РФ, осуществляется в рамках межтерриториальных взаиморасчетов в соответствии с Правилами 496н.

В случае, если во время оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациенту проводились услуги диализа, оплата таких услуг осуществляется по соответствующим тарифам, дифференцированным в зависимости от метода проведения диализа.

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

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра) (далее - МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);
- h. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- j. Пол;
- k. Длительность лечения;

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

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

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

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Порядок группировки случаев, правила учета дополнительных классификационных критериев, подробный алгоритм отнесения случаев лечения к конкретным КСГ, правила применения поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ, подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ, определены Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Оплата медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

2.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в дневных стационарах в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в приложении № 5 к Тарифному соглашению.

2.4.1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах

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

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Оплата за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением услуг диализа, включающих различные методы.

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

- a. Диагноз (код по МКБ 10);
- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой, а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- c. Схема лекарственной терапии;
- d. Международное непатентованное наименование (далее - МНН) лекарственного препарата;
- e. Возрастная категория пациента;
- f. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра) (далее - МКБ 10);
- g. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric

Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

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

i. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

j. Пол;

k. Длительность лечения;

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

m. Показания к применению лекарственного препарата;

n. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

o. Степень тяжести заболевания;

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

Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ 10, являющийся основным поводом к госпитализации. Исключением являются случаи, осложненные сепсисом и фебрильной нейтропенией.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Порядок группировки случаев, правила учета дополнительных классификационных критериев, подробный алгоритм отнесения случаев лечения к конкретным КСГ, правила применения поправочных коэффициентов, особенности формирования отдельных КСГ, подходы к оплате отдельных случаев оказания медицинской помощи по КСГ определены Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

Оплата производится страховыми медицинскими организациями в пределах объемов и стоимости медицинских услуг, установленных Заданиями, утверждаемыми для МО Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп представлен в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

2.5.1. Порядок оплаты медицинских услуг скорой медицинской помощи

Оплата скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования;

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

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе на оплату за вызовы скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

Не включаются в подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи:

- расходы, направляемые на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами Липецкой области;

- расходы, направляемые на оплату скорой медицинской помощи больным психоневрологического профиля, вызовов скорой медицинской помощи с целью констатации смерти.

Оплата скорой медицинской помощи сверх базовой программы ОМС (больным психоневрологического профиля, вызовов с целью констатации смерти) осуществляется за вызов скорой медицинской помощи из средств, переданных в составе межбюджетных трансфертов из областного бюджета на эти цели, в пределах объемов и стоимости оказанных медицинских услуг в соответствии с утвержденным в установленном порядке Заданием.

Формирование реестров по скорой медицинской помощи производится по тарифам 1 вызова скорой медицинской помощи для врачебных и фельдшерских бригад, принятым на территории Липецкой области.

Формирование реестров по скорой медицинской помощи сверх базовой программы ОМС производится по тарифам 1 вызова скорой медицинской помощи для больных психоневрологического профиля, 1 вызова скорой медицинской помощи с целью констатации смерти, принятым на территории Липецкой области.

В ТФОМС Липецкой области предоставляется информация об оказанной медицинской помощи по неидентифицированным пациентам по базе застрахованных на территории Липецкой области в течение 5 рабочих дней месяца, следующего за отчетным.

При предоставлении информации об оказанной медицинской помощи в ТФОМС Липецкой области случаи по неидентифицированным пациентам должны представляться отдельным реестром (списком). После получения

информации, ТФОМС Липецкой области производит идентификацию данных случаев в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования и направляет сведения для оплаты в СМО.

Оказание скорой медицинской помощи без выезда бригады по месту жительства пациента в случае самообращения на станцию скорой медицинской помощи осуществляется врачом или фельдшером скорой медицинской помощи.

Представление к оплате медицинской помощи, оказанной на станции скорой помощи без выезда бригады при самообращении пациента, производится по соответствующим тарифам.

Финансирование дежурства бригад скорой помощи во время проведения массовых мероприятий не подлежит оплате из средств обязательного медицинского страхования.

Ежемесячная сумма финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается ТФОМС Липецкой области и доводится до сведения СМО.

Счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной МО, оплачиваются СМО по тарифам, определенным для МО, оказавшей медицинскую помощь, из финансового обеспечения по подушевому нормативу тех МО, к которым данные граждане прикреплены. В реестре счета за медицинские услуги, оказанные гражданам, неприкрепленным к данной медицинской организации, отражается, в том числе информация о наименовании медицинской организации, к которой прикреплен пациент.

Межучрежденческие взаиморасчеты осуществляют СМО в следующем порядке:

- в первую очередь, определяется сумма уменьшения финансового обеспечения по подушевому нормативу каждой медицинской организации, в счет оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепленному к ней населению в других МО, что производится путем суммирования стоимости позиций реестров счетов других МО по пациентам, прикрепившимся к данной МО. В случае, если суммы подушевого финансирования медицинской организации не достаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме, стоимость всех вышеуказанных позиций реестров счетов пропорционально снижается до суммы подушевого финансирования МО, к которой прикреплены пациенты, получившие медицинскую помощь.

- затем определяется сумма средств за медицинские услуги, оказанные в данной МО населению, прикрепленному к другим МО, по соответствующим счетам. Сумма оплаты за медицинскую помощь, оказанную в данной МО населению, прикрепленному к другим МО может быть снижена с учетом указанных в предыдущем абзаце случаев (когда суммы подушевого финансирования другой МО недостаточно для оплаты медицинской помощи, оказанной прикрепившимся к ней лицам в других МО в полном объеме).

Контроль соответствия суммы выставленных на оплату счетов установленному размеру финансового обеспечения по подушевому нормативу осуществляют СМО.

Сумма остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу определяется СМО для каждой МО путем исключения из общего размера финансового обеспечения по подушевому нормативу суммы средств,

предназначенной для перечисления в другие МО в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Оставшиеся финансовые средства от установленного дифференцированного подушевого норматива направляются в соответствующие медицинские организации.

В случае превышения стоимости медицинской помощи по реестрам прикрепленного населения над размером остатка финансового обеспечения по подушевому нормативу, страховая медицинская организация производит оплату счетов за оказанную медицинскую помощь медицинским организациям в пределах суммы финансового обеспечения по подушевому нормативу.

Результаты проведенного СМО расчета сумм, подлежащих оплате ежемесячно документально оформляются, заверяются ответственным лицом и подписываются руководителем. Подписанный документ СМО доводят до сведения МО на бумажном носителе, или в цифровом виде.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил.

Тарифы, установленные тарифным соглашением, применяются, в том числе для осуществления межтерриториальных взаиморасчетов.

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462) равен 1 и применяется на всей территории Липецкой области.

Тарифы на медицинские услуги по проведению гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара представлены в приложении № 16 к тарифному соглашению.

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов амбулаторной медицинской помощи, а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций представлены в приложении № 7 к тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на единицу объема на 2026 год:

Вид медицинской помощи	Единица объема	Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема, рублей.
Медицинская помощь в амбулаторных условиях, в том числе:	х	х
посещения в рамках проведения профилактических медицинских осмотров	комплексное посещение	2 611,10
посещения в рамках проведения диспансеризации - всего, в том числе	комплексное посещение	3 123,00
для проведения углубленной диспансеризации	комплексное посещение	2 349,60
диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	комплексное посещение	1 934,50
- женщины	комплексное посещение	3 054,80
- мужчины	комплексное посещение	759,60
посещения с иными целями	посещение	447,70
посещения по неотложной помощи	посещение	1 050,70
в связи с заболеваниями - всего, из них:	обращение	2 065,40
консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	консультация	379,90
консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	консультация	336,30
проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг):	исследование	2 303,70
- компьютерная томография	исследование	3 438,90
- магнитно-резонансная томография	исследование	4 695,50
- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	исследование	741,8
- эндоскопическое диагностическое исследование	исследование	1 360,20
- молекулярно-генетическое исследования с целью диагностики онкологических заболеваний	исследование	10 693,20
- патолого–анатомическое исследование биопсийного	исследование	2 637,10

(операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии		
- ПЭТ/КТ	исследование	35 414,40
- ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	исследование	4 859,60
- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)	исследование	14 510,50
- определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции	исследование	1 102,30
- лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)	исследование	1 954,20
школа для больных с хроническими заболеваниями, школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:	комплексное посещение	960,80
- школа сахарного диабета	комплексное посещение	1 414,80
диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	комплексное посещение	3 113,50
-онкологических заболеваний	комплексное посещение	4331,7
-сахарного диабета	комплексное посещение	1 883,1
-болезней системы кровообращения	комплексное посещение	3 680,7
дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, в том числе:	комплексное посещение	1 108,40
- пациентов с сахарным диабетом	комплексное посещение	3 651,70
- пациентов с артериальной гипертензией	комплексное посещение	964,00
посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение	комплексное посещение	3 225,90
Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях	комплексное посещение	27 169,80

3.1.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях на 2026 год составляет 8 728,88 рубля.

3.1.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций на 2026 год – 1 495,66 рубля.

3.1.3. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2026 год:

Пол	Возраст, лет				
	До 1 года	1 год - 4 года	5 - 17 лет	18-64 года	65 и старше
	половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (КД)				
Мужчины	2,548	1,697	1,333	0,632	1,600
Женщины	2,496	1,598	1,384	0,996	1,600

3.1.4. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, применяемых при осуществлении выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, критерии их оценки, размер и порядок осуществления выплат за их выполнение.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (далее – показатели результативности) приведен в приложении № 23 к тарифному соглашению.

Показатели разделены на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи), а также оценку качества оказания медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях.

В случае, когда показатель(-и) результативности одного из блоков неприменим(-ы) для конкретной медицинской организации и (или) отчетного периода, суммарный максимальный балл и итоговый коэффициент для соответствующей медицинской организации рассчитываются без учета этого показателя(-ей).

Оценка показателей, входящих в блок 1 (взрослое население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях взрослому населению.

Оценка показателей, входящих в блок 2 (детское население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению.

Оценка показателей, входящих в блок 3 (женское население) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю акушерство-гинекология.

Оценка показателей, входящих в блок 4 (оценка качества оказания медицинской помощи) осуществляется в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц, для которых Комиссией по разработке территориальной программы ОМС распределены объемы оказания медицинской помощи в

амбулаторных условиях.

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 «Оценка качества оказания медицинской помощи» могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей. При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации, количество баллов по четвертому блоку принимается равным нулю.

Максимально возможная сумма баллов по каждому блоку составляет:

- 35 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 35 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 35 баллов для показателей блока 3 (женское население);
- 35 баллов для показателей блока 4 (оценка качества оказания медицинской помощи).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется соответствующий балл.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей. Показатель считается выполненным только при положительном количестве баллов.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций определен приложением № 23 к тарифному соглашению (в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»).

В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов, ей присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в Приложении № 23 к тарифному соглашению, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель исключается из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляется решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{\sum \text{Числ}},$$

где:

$ОС_{РД(нас)}^j$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$ОС_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Числ}$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации используется средняя численность за период.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности ($ОС_{РД(нас)}^j_i$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(нас)}^j_i = ОС_{РД(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j,$$

где

Числ_i^j численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$ОС_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times ОС_{РД}^j}{\sum \text{Балл}},$$

где:

$ОС_{РД(балл)}^j$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$ОС_{РД}^j$ совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Балл}$ количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций ($ОС_{РД(балл)}^j_i$), рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{РД(балл)}^j_i = ОС_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j,$$

где:

$Балл_i^j$ количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

Показатель смертности взрослого населения рассчитывается на 1000 прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет, показатель смертности детей – на 100 тысяч прикрепленных детей в возрасте 0-17 лет.

Если в предшествующем и текущем периодах показатель смертности взрослого населения и (или) детей равен 0, выплаты стимулирующего характера производятся без учета данного показателя.

При анализе фактического выполнения установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи учитывается средний процент выполнения объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, и по поводу заболеваний.

В случае, если достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого населения и (или) детей, а выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило 90 процентов и более, при расчете размера выплат стимулирующего характера применяется понижающий коэффициент 0,9.

В случае, если не достигнуто снижение показателей смертности взрослого

населения и (или) детей и выполнение медицинской организацией указанных объемов медицинской помощи составило менее 90 процентов, к сумме стимулирующих выплат применяется понижающий коэффициент 0,85.

Объем средств, предусмотренных на стимулирующие выплаты, не распределенный между медицинскими организациями II и III группы в результате применения вышеуказанных понижающих коэффициентов к размеру стимулирующих выплат, распределяется между указанными медицинскими организациями пропорционально размеру стимулирующих выплат с учетом вышеуказанных понижающих коэффициентов.

Размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности, составляет 5% от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ежеквартально (по итогам работы за период декабрь предыдущего года – февраль текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года – май текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года – август текущего года (включительно), за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно).

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности осуществляется по итогам года. При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно) и включаются в счет за ноябрь.

3.1.5. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий, по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан на 2026 год:

3.1.5.1. Тарифы на оплату посещений, обращений (кроме консультативного приема):

Наименование специальности	Посещение с иными целями, рублей	Посещение в неотложной форме, рублей	Обращение в связи с заболеванием, рублей
Взрослая сеть			
Базовая программа ОМС			
Терапия	247,47	979,21	1 113,06
Кардиология*	281,78	0,00	1 429,11
Ревматология*	281,78	0,00	1 429,11
Гастроэнтерология	247,47	0,00	1 113,06
Аллергология	468,86	0,00	1 992,52
Неврология	293,60	0,00	1 401,62
Нефрология	247,47	0,00	1 113,06
Гематология	247,47	0,00	1 113,06
Гериатрия	247,47	979,21	1 113,06
Нейрохирургия	263,64	0,00	1 291,71

Инфекционные болезни*	371,53	0,00	1 442,86
Эндокринология*	509,14	0,00	2 088,71
Хирургия	263,64	0,00	1 291,71
Урология	213,33	0,00	906,93
Травматология	263,64	0,00	1 291,71
Акушерство-гинекология	345,46	0,00	2 129,91
Оториноларингология	205,46	0,00	1 374,15
Офтальмология	176,13	0,00	1 085,57
Колопроктология	263,64	0,00	1 291,71
Пульмонология	247,47	0,00	1 113,06
Дерматология*	212,59	0,00	1 456,59
Общая врачебная практика	272,21	1 077,13	1 224,34
Онкология*	239,56	0,00	1 077,43
Лечебная физкультура*	235,10	0,00	0,00
Медицинская помощь оказанная средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный амбулаторный прием	197,99	783,37	890,45
Сверх базовой программы ОМС			
Психиатрия	1 173,74	0,00	2 853,17
Наркология*	515,88	0,00	0,00
Психотерапия	634,45	0,00	1 542,24
Профпатология	591,79	0,00	0,00
Венерология*	622,04	0,00	1 718,27
Фтизиатрия*	954,59	0,00	0,00
Медицинская психология*	610,51	0,00	1 484,05
Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами)*	638,50	0,00	0,00
*тарифы применяются независимо от возраста пациента			
Детская сеть			
Базовая программа ОМС			
Педиатрия	373,21	1 482,15	1 717,69
Гастроэнтерология	373,21	0,00	1 717,69
Аллергология	492,29	0,00	2 092,14
Неврология	308,28	0,00	1 471,71
Гематология	373,21	0,00	1 717,69
Нефрология	373,21	0,00	1 717,69
Хирургия	276,83	0,00	1 356,29
Травматология	276,83	0,00	1 356,29
Акушерство-гинекология	362,72	0,00	2 236,43
Оториноларингология	215,74	0,00	1 442,86
Офтальмология	184,95	0,00	1 139,84
Урология	276,83	0,00	1 356,29
Общая врачебная практика	285,85	1 135,13	1 285,59
Медицинская помощь оказанная средним медицинским	207,88	822,54	934,97

персоналом, ведущим самостоятельный амбулаторный прием			
Сверх базовой программы ОМС			
Психиатрия	1 232,47	0,00	2 995,93

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами к тарифам применяется повышающий коэффициент 1,2

3.1.5.2. Тариф 1 УЕТ по стоматологии – 165,72 рублей.

3.1.5.2.1. Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях представлен в приложении № 8 к тарифному соглашению.

3.1.5.3. Тарифы на отдельные медицинские услуги:

3.1.5.3.1. Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов представлены в приложении № 9 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.2. Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов представлены в приложении № 10 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.3. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения представлены в приложении № 11.1. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.4. Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) представлены в приложении № 11.2. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.5. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин представлены в приложении № 11.3. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.6. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации представлены в приложении № 11.4. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.7. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью представлены в приложении № 11.5. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.8. Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров взрослому населению представлены в приложении № 12.1. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.9. Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним представлены в приложении № 12.2. к тарифному соглашению.

3.1.5.3.10. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья представлены в приложении № 13 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.11. Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения представлены в приложении № 14 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.12. Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях представлены в приложении № 15 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.13. Тарифы на медицинские услуги по проведению школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета представлены в приложении № 17 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.14. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья для детей установлены приложением № 18 к тарифному соглашению.

3.1.5.3.15. Тарифы на медицинские услуги, по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов установлены приложением № 19 к тарифному соглашению.

3.1.6. Базовые нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций на 2026 год:

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 100 до 800 жителей, - 1 533,7 тыс. рублей,

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 801 до 1500 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей,

фельдшерско-акушерский пункт (фельдшерский пункт, фельдшерский здравпункт), обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) обслуживающих до 100 жителей, рассчитан с применением коэффициента уровня 0,63 к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих от 100 до 800 жителей и составил 966,23 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих более 2000 жителей, рассчитан с применением коэффициента уровня 1,43 к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих от 1501 до 2000 жителей и составил 4 386,53 тыс. рублей.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, из средств, не включенных в сумму финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающие критерии соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202н, а также повышающие

коэффициенты, учитывающие проведение санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем фельдшером или медицинской сестрой при отсутствии акушеров представлены в приложении № 3 к тарифному соглашению.

3.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения стационарной медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в круглосуточных стационарах, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2026 год составляет 9 519,70 рублей.

3.2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложении № 20 к тарифному соглашению.

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка по круглосуточным стационарам):

на 2026 год размер базовой ставки по круглосуточному стационару установлен в сумме 34 133,51 рублей.

3.2.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

3.2.4.1. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в круглосуточных стационарах (КУС_{МО}):

Уровень/Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи
1 уровень	0,90
2 уровень	
Подуровень 2.1.	0,91
Подуровень 2.2.	0,94
Подуровень 2.3.	0,96
3 уровень	
Подуровень 3.1.	1,10
Подуровень 3.2.	1,31

Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи приведен в приложении № 20 к тарифному соглашению.

3.2.4.2. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП):

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида)	0,20
2	при предоставлении спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида), получающих медицинскую помощь по профилям «детская онкология» и (или) «гематология»	0,60
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,20
4	развертывание индивидуального поста	0,20
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ¹ , требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,60
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ²	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ²	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или	1,16

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ²	
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ²	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ²	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов ³	0,15
14	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (грипп, COVID-19) в период госпитализации	0,05
15	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,17
16	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	0,61
17	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	1,53

¹ – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

² – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования

³ – при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации)

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (уровень 1-3) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

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

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

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

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

Порядок применения КСЛП определен методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

3.2.4.3. Коэффициенты специфики ($КС_{КСГ}$) представлены в приложении № 20 к тарифному соглашению.

3.2.5. Расчет стоимости 1 случая лечения заболевания в круглосуточном стационаре.

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре ($СС_{КСГ}$) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС	базовая ставка, рублей;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратно-емкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Стоимость одного случая госпитализации в круглосуточном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{ЗП}) + Д_{ЗП} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
Д _{ЗП}	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» приведена в приложении № 20 к тарифному соглашению.

3.2.6. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с приложением № 1 к Постановлению Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»:

Наименование профиля ВМП	№ группы ВМП	Норматив финансовых затрат, рублей.
Акушерство и гинекология	1	180 835,00
Акушерство и гинекология	2	277 374,00
Акушерство и гинекология	3	175 421,00
Акушерство и гинекология	4	308 499,00
Гастроэнтерология	5	184 557,00
Гематология	6	210 335,00
Гематология	7	591 472,00
Детская хирургия в период новорожденности	8	381 741,00
Дерматовенерология	9	143 072,00
Комбустиология	10	776 345,00
Комбустиология	11	2 189 698,00
Нейрохирургия	12	225 126,00
Нейрохирургия	13	340 942,00
Нейрохирургия	14	217 393,00
Нейрохирургия	15	311 991,00
Нейрохирургия	16	417 597,00
Нейрохирургия	17	553 460,00
Нейрохирургия	18	1 405 645,00
Неонатология	19	344 175,00
Неонатология	20	711 006,00
Онкология	21	264 178,00
Онкология	22	146 608,00
Онкология	23	192 038,00
Онкология	24	533 914,00
Онкология	25	102 227,00
Онкология	26	230 497,00
Онкология	27	306 409,00
Онкология	28	138 403,00
Оториноларингология	29	157 993,00
Оториноларингология	30	92 818,00
Оториноларингология	31	186 033,00
Офтальмология	32	85 982,00
Офтальмология	33	124 702,00
Офтальмология	34	120 938,00
Офтальмология	35	124 315,00

Офтальмология	36	50 999,00
Офтальмология	37	70 504,00
Офтальмология	38	57 509,00
Педиатрия	39	118 527,00
Педиатрия	40	238 060,00
Педиатрия	41	139 731,00
Педиатрия	42	235 889,00
Педиатрия	43	233 873,00
Педиатрия	44	104 337,00
Педиатрия	45	178 955,00
Педиатрия	46	176 062,00
Ревматология	47	187 709,00
Сердечно-сосудистая хирургия	48	270 080,00
Сердечно-сосудистая хирургия	49	299 122,00
Сердечно-сосудистая хирургия	50	342 826,00
Сердечно-сосудистая хирургия	51	353 529,00
Сердечно-сосудистая хирургия	52	293 277,00
Сердечно-сосудистая хирургия	53	519 782,00
Сердечно-сосудистая хирургия	54	437 173,00
Сердечно-сосудистая хирургия	55	812 867,00
Сердечно-сосудистая хирургия	56	934 114,00
Сердечно-сосудистая хирургия	57	741 947,00
Сердечно-сосудистая хирургия	58	408 921,00
Сердечно-сосудистая хирургия	59	1 872 688,00
Сердечно-сосудистая хирургия	60	1 771 726,00
Сердечно-сосудистая хирургия	61	320 152,00
Сердечно-сосудистая хирургия	62	555 085,00
Сердечно-сосудистая хирургия	63	568 484,00
Сердечно-сосудистая хирургия	64	610 080,00
Сердечно-сосудистая хирургия	65	869 420,00
Торакальная хирургия	66	196 674,00
Торакальная хирургия	67	341 136,00
Травматология и ортопедия	68	186 341,00
Травматология и ортопедия	69	385 767,00
Травматология и ортопедия	70	219 420,00
Травматология и ортопедия	71	303 401,00
Травматология и ортопедия	72	458 167,00
Травматология и ортопедия	73	350 513,00
Травматология и ортопедия	74	495 542,00
Травматология и ортопедия	75	260 389,00
Травматология и ортопедия	76	199 907,00
Трансплантация	77	1 299 928,00
Урология	78	132 634,00
Урология	79	196 603,00
Урология	80	130 152,00
Хирургия	81	228 728,00
Хирургия	82	249 690,00
Хирургия	83	240 008,00
Хирургия	84	422 517,00
Челюстно-лицевая хирургия	85	173 786,00
Эндокринология	86	254 683,00
Эндокринология	87	144 485,00
Эндокринология	88	372 313,00

Доли заработной платы в составе нормативов финансовых затрат в разрезе групп ВМП определены приложением № 1 к Постановлению Правительства Российской Федерации от

3.2.7. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно;
9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» и методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 4.1. Методических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4, если он подлежит оплате по 2 КСГ по следующим основаниям:

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

- 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;

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

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

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением. Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

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

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

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

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

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

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

- проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

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

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

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в приложении № 20 к тарифному соглашению.

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, определяется следующим образом.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в приложении № 20 к тарифном соглашению.

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

3.3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи по дневным стационарам, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Липецкой области, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в дневных стационарах, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования на 2026 год составляет 2 021,43 рублей.

3.3.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ представлен в приложении № 21 к тарифному соглашению.

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка по дневным стационарам):

На 2026 год размер базовой ставки по дневному стационару установлен в сумме 18 545,39 рублей.

Базовая ставка применяется, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

3.3.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

3.3.4.1. Коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи в дневных стационарах (КУС_{МО}):

Подуровень оказания медицинской помощи	Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи
1 уровень	
Подуровень 1.1.	0,80
Подуровень 1.2.	0,85
Подуровень 1.3.	0,87
2 уровень	
Подуровень 2.1.	0,90
Подуровень 2.2.	0,93
Подуровень 2.3.	0,94
Подуровень 2.4.	1,00
Подуровень 2.5.	1,10

3.3.4.2. Коэффициенты специфики (КС_{КСГ}) представлены в приложении № 21 к тарифному соглашению.

3.3.4.3. Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП)

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
18	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)*	0,29

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
19	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)*	1,12
20	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)*	2,67

* – стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (уровень 1-3) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

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

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

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

Порядок применения КСЛП определен методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

3.3.5. Расчет стоимости 1 случая лечения в дневном стационаре.

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД \times КСЛП, \text{ где:}$$

БС	базовая ставка, рублей;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП)

Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре (СС_{КСГ}) по КСГ в составе которых Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» установлены доли заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

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

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462);
КЗ _{КСГ}	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам

медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

КС _{КСГ}	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данной КСГ);
КУС _{МО}	коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, установленная Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» представлена в приложении №21 к тарифному соглашению.

3.3.6. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи

В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования «Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» к прерванным случаям относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из условий дневного стационара в стационарные условия);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а так же случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» и методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по 2 КСГ, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4, если он подлежит оплате по 2 КСГ по следующим основаниям:

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

- 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;

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

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

- родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;
- наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;
- проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;
- проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;
- в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно представлен в приложении № 21 к тарифному соглашению.

Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, определяется следующим образом.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 20% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в приложении № 21 к тарифному соглашению.

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

3.4. Размер и структура тарифов на оплату скорой медицинской помощи

Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов скорой медицинской помощи, а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций представлены в приложении № 22 к Тарифному соглашению.

Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема на 2026 год:

Вид медицинской помощи	Единица объема	Базовый норматив финансовых затрат на единицу объема, рублей.
Скорая медицинская помощь	вызов	5 100,40

3.4.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2026 год составляет 1 302,43 рублей.

3.4.2. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи на 2026 год – 1 302,43 рублей.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения на 2026 год:

Пол	Возраст, лет				
	До 1 года	1 год - 4 года	5 - 17 лет	18-64 года	65 и старше
	половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (КД)				
Мужчины	2,212	1,865	0,577	0,663	1,818
Женщины	1,969	1,603	0,552	0,680	2,219

3.4.4. Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи на 2026 год представлены в приложении № 27 к тарифному соглашению.

Тарифы стоимости вызова скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС применяются в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

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

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле: $C = H + C_{шт}$

где:

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

Сшт - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

В соответствии с пунктом 209 Правил 496н, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.12.1, предусмотренного приложением № 8 к Правилам 496н) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{но},$$

где:

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

РТ - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией 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, утвержденным 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.

Значения коэффициента для определения размера неполной оплаты медицинской помощи, установленные приложением № 8 к Правилам 496н приведены далее.

В соответствии с пунктом 210 Правил 496н, в случаях применения кода нарушения/дефекта 2.12.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{но},$$

где:

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

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией 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 496н .

В соответствии с пунктом 211 Правил 496н, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:

$$\text{Сшт} = \text{РП} \times \text{Кшт},$$

где:

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

РП - установленный 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 в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.12.1 предусмотренного приложением № 8 к Правилам 496н, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

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

Значения коэффициентов для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленные приложением № 8 к Правилам 496н приведены далее.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (РП):

Вид медицинской помощи	Размер подушевого норматива,
------------------------	------------------------------

	используемый при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (РП), рублей.
Амбулаторная медицинская помощь	8 723,20
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации	1 331,20
Медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	10 180,60
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	2 346,20

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в соответствии с приложением № 8 к Правилам 496н:

Значение коэффициента	Код нарушения/дефекта <1>
Для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	
0	1.1; 1.2; 2.1; 2.9; 2.11; 2.17; 2.18; 3.12
0,1	2.13; 2.16.1; 3.1.1; 3.2.1
0,3	3.1.2; 3.5
0,4	3.1.3; 3.2.2
0,5	2.10; 2.14; 3.3; 3.4; 3.11; 3.13
0,8	3.6
0,9	3.1.4; 3.2.3; 3.2.5; 3.2.6; 3.10
1	1.3; 1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.4; 1.4.5; 1.4.6; 1.5; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.7.1; 1.7.2; 1.8.1; 1.8.2; 1.8.3; 1.9; 1.10.1; 1.10.2; 1.10.3; 1.10.4; 1.10.5; 1.10.6; 2.2; 2.7; 2.8; 2.12; 2.15; 2.16.2; 2.16.3; 3.1.5; 3.2.4; 3.7; 3.8; 3.9
Для определения размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества	
0	1.4.1; 1.4.2; 1.4.3; 1.4.4; 1.4.5; 1.4.6; 1.5; 1.6.1; 1.6.2; 1.6.3; 1.6.4; 1.7.1; 1.7.2; 1.8.1; 1.8.2; 1.8.3; 1.9; 1.10.1; 1.10.2; 1.10.3; 1.10.4; 1.10.5; 1.10.6; 2.12; 2.13; 2.14; 2.15; 3.1.1; 3.1.2; 3.2.1; 3.5; 3.11
0,3	1.1; 1.3; 2.1; 2.7; 2.8; 2.16.1; 2.17; 2.18; 3.1.3; 3.2.2; 3.4; 3.7; 3.8; 3.9; 3.12
0,5	2.10; 3.10
0,6	2.11; 3.3; 3.13
1	1.2; 2.9; 2.16.2; 3.1.4; 3.2.3; 3.2.5; 3.2.6; 3.6; 3.14.1; 3.15.1
2	3.14.2; 3.15.2
3	2.2; 3.1.5; 3.2.4; 3.14.3; 3.15.3

<1> Приложение к Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н

Размеры санкций по проводимым в 2026 году экспертизам медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в 2025 году и ранее, определяются в соответствии с Перечнем оснований для частичной или полной неоплаты медицинской помощи и применения штрафных санкций по результатам

медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Липецкой области, утвержденным тарифным соглашением на 2026 год.

5. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2026 года, действует до 31 декабря 2026 года включительно и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение 2026 года.

5.2. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.3. Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее тарифное соглашение.

5.4. В случае возникновения споров по настоящему тарифному соглашению Стороны принимают все меры для их разрешения путем переговоров между собой.

5.5. Настоящее тарифное соглашение составлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

5.6. ТФОМС Липецкой области доводит настоящее тарифное соглашение до сведения всех участников системы обязательного медицинского страхования Липецкой области путем размещения на собственном сайте в сети «Интернет».

Перечень приложений к Тарифному соглашению.

- приложение № 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скintiграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери),

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

- приложение № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторной медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за УЕТ в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 3 «Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения, годового размера финансового обеспечения, а также информации о соответствии/несоответствии ФАП (ФП, ФЗП) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, на 2026 год».

- приложение № 4 «Перечень круглосуточных стационаров медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в дневных стационарах в разрезе уровней оказания медицинской помощи».

- приложение № 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь в разрезе групп».

- приложение № 7 «Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов, а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи в 2026 году».

- приложение № 8 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях».

- приложение № 9 «Тарифы на отдельные медицинские услуги, применяемые при оплате амбулаторной медицинской помощи, в том числе для проведения межучрежденческих расчетов».

- приложение № 10 «Тарифы на медицинские услуги, финансирование которых осуществляется в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленными Территориальной программой ОМС из средств, не входящих в расчет подушевых нормативов».

- приложение № 11 «Тарифы на медицинские услуги по проведению всех видов диспансеризации», в том числе:

- приложение № 11.1. «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации определенных групп взрослого населения».

- приложение № 11.2. «Тарифы на медицинские услуги по проведению углубленной диспансеризации определенных групп взрослого населения гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)».

- приложение № 11.3. «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин».

- приложение № 11.4. «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

- приложение № 11.5. «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

- приложение № 12 «Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров», в том числе:

- приложение № 12.1. «Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров взрослого населения».

- приложение № 12.2. «Тарифы на медицинские услуги по проведению профилактических медицинских осмотров несовершеннолетним».

- приложение № 13 «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья».

- приложение № 14 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диспансерного наблюдения».

- приложение № 25 «Тарифы на медицинские услуги по проведению медицинской реабилитации в амбулаторных условиях».

- приложение № 16 «Тарифы на медицинские услуги по проведению диализа».

- приложение № 37 «Тарифы на медицинские услуги по проведению школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета».

- приложение № 18 «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в центрах здоровья для детей».
- приложение № 19 «Тарифы на медицинские услуги по проведению дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов».
- приложение № 20 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых в стационарных условиях с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ».
- приложение № 21 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, применяемых в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ».
- приложение № 22 «Коэффициенты, применяемые при расчете подушевых нормативов, а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в разрезе медицинских организаций, применяемые при оплате скорой медицинской помощи в 2026 году».
- приложение № 23 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций».
- приложение № 24 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевым нормативам финансирования амбулаторной медицинской помощи».
- приложение № 25 «Перечень расходов на оказание медицинской помощи финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи».
- приложение № 26 «Перечень медицинских организаций, оказывающих процедуру экстракорпорального оплодотворения в 2025 году».
- приложение № 27 «Тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи на 2025 году».