

Приложение 1  
к решению Комиссии по разработке  
территориальной программы  
обязательного медицинского страхования  
Республики Хакасия № 3  
от *30 января* 2026 года

## **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ ХАКАСИЯ НА 2026 ГОД**

### **Структура Тарифного соглашения**

1. Общие положения.
2. Способы оплаты медицинской помощи.
3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.
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.
5. Заключительные положения.

### **Раздел 1. Общие положения**

В целях реализации на территории Республики Хакасия Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями), Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями), Федерального закона от 28.11.2025 № 428-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», 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» (далее – Программа), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с последующими изменениями), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2025 № 470н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 № 31-2/115/00-10-26-2-26/965 (далее – Методические рекомендации), Закона Республики Хакасия от 10.12.2025 № 85-ЗРХ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», постановления



Правительства Республики Хакасия от 30.12.2025 № 726 «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Хакасия на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Территориальная программа ОМС) и других нормативных правовых актов в сфере обязательного медицинского страхования, Министерством здравоохранения Республики Хакасия, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, страховыми медицинскими организациями, Хакасской республиканской организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, Правлением Медицинской палаты Республики Хакасия заключено Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2026 год (далее – Тарифное соглашение.)

Предметом Тарифного соглашения является согласование способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам в рамках реализации Территориальной программы ОМС, тарифов на оплату медицинской помощи, размера неоплаты неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования Республики Хакасия.

## **Раздел 2. Способы оплаты медицинской помощи**

### **2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

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

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



репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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

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

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения для оценки 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).

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с указанием применяемого способа оплаты, приведен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение комплекса осмотров и обследований, включенных в объем исследований для соответствующей группы граждан.

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, включающую исследования и иные медицинские вмешательства.

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Для женщин и мужчин репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства согласно перечню исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой Правительством Российской Федерации.

При невозможности проведения всех исследований в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, для проведения указанных исследований медицинским



работником такой медицинской организации, осуществляется забор материала для исследования и его направление в установленном порядке в иную медицинскую организацию, в том числе федеральную медицинскую организацию.

2.1.4. Оплата случаев диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях осуществляется за комплексное посещение, с учетом требований приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» и от 04.06.2020 № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями».

2.1.5. 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.

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи 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.

Оплата осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения

Число месяцев нахождения на дистанционном наблюдении в среднем в год составляет:

- за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией -3,6299;
- за состоянием здоровья пациентов с сахарным диабетом – 12,0.

При оплате медицинской помощи обязательно должны соблюдаться следующие условия:

1.Случай дистанционного наблюдения предъявляется к оплате, к которой прикреплено застрахованное лицо, или медицинской организацией, проводившей случай диспансерного наблюдения, по результатам которого принято решение о целесообразности установления дистанционного наблюдения.

2.Измерения за каждый месяц передаются в объеме не менее чем за 85,0% в месяц не менее чем 2 раза в день (не менее 51 измерение в месяц).

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

2.1.6. 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.

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.

Медицинские работники медицинских организаций организывают проведение консультаций с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий с



последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах таких консультаций в медицинскую документацию пациента, в том числе в форме электронного документа.

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

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.

2.1.7. Распределение объема 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 (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии указания на соответствующие работы (услуги) в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность.

Назначение 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 (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 в сроки, установленные территориальной программой.

Отдельные диагностические (лабораторные) исследования: молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) проводятся в рамках межтерриториальных расчетов.

2.1.8. Медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях и включает в себя комплексное применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов.

Оплата медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" 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 Территориальной программой ОМС нормативов объема и финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации.

Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется



дифференцированно в зависимости от:

- оценки состояния пациента по ШРМ;
- заболевания, по поводу которого проводится медицинская реабилитация.

Комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в среднем 10 - 12 посещений (включает набор консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации).

2.1.9. Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

- взрослые с сахарным диабетом 1 и 2 типа - 5 занятий по 10 человек продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- дети и подростки с сахарным диабетом - 10 занятий по 10 человек продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

2.1.10. 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) организовать 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.

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, приведенными в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

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 исследования в приложении 30, 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.

Средняя стоимость посещения центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) установлена приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.11. При планировании и учете объема гарантируемой первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи населению по территориальной программе обязательного медицинского страхования учитываются как посещения с профилактическими и иными целями, так и обращения в связи с заболеванием, при этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ).

Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, установлено в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

При планировании и учете объема учитывается кратность УЕТ в одном посещении, обращении:

- число УЕТ в одном посещении в неотложной форме, в одном посещении с профилактической целью – 4,0;
- число УЕТ в одном обращении в связи с заболеванием – 9,4.

При оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

За одну условную единицу трудоемкости (УЕТ) принимаются 10 минут. При этом для учета случаев лечения обязательно используется следующее правило: один визит пациента является одним посещением.

2.1.12. Межучрежденческие расчеты за оказанную медицинскую помощь осуществляются:

- через страховую медицинскую организацию (по тарифам, установленным тарифным соглашением);



- по договорам заключенным между медицинскими организациями на оказание и оплату медицинской помощи.

При использовании оплаты в рамках межучрежденческих расчетов через страховую медицинскую организацию, медицинские организации ежемесячно составляют реестры счетов по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) с указанием информации о медицинской организации, выдавшей направление. Страховые медицинские организации осуществляют оплату на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

Страховая медицинская организация при окончательном расчете финансирования конкретной медицинской организации учитывает сумму по реестрам счетов за медицинскую помощь, оказанную в месяце предшествующем отчетному застрахованным лицам, прикрепленным к другим медицинским организациям, а также пролеченных в других медицинских организациях, но прикрепленным к данной медицинской организации.

Межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями могут осуществляться на основании заключенных между ними договоров на оказание и оплату медицинских услуг, в том числе лабораторных и диагностических услуг, консультаций врачей-специалистов при выполнении стандартов и порядков лечения.

## **2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара**

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

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинικο-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинικο-статистические группы заболеваний);

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении N 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в



соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением N 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, с указанием применяемого способа оплаты, приведен в графах 6-10 приложения 1 к настоящему Тарифному соглашению.

#### 2.2.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи.

К прерванным случаям оказания медицинской помощи 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 и наоборот);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
- 7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при



возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1–7 пункта 2.2.1 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по клинко-статистической группе (далее – КСГ), не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в таблице 1 Приложения 16 к настоящему Тарифному соглашению;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГds12.020 - ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и приложением 6 и 7 к Методическим рекомендациям.

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.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–10 пункта 2.2.2 данного раздела Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.2.1 данного раздела.

Таблицей 1 приложения 16 определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

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

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 2.2.1 данного раздела, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

#### 2.2.2. Оплата случая лечения по двум и более КСГ

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

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено



возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.1 данного раздела основаниям.

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

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

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

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

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

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

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

КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только медицинскими организациями, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

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

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

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.



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

11. При выявлении у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации (st36.049) заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская организация, проводившая диспансеризацию в стационарных условиях, организует предоставление маломобильному гражданину такой медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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

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

2.2.3. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше

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

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в "Группировщиках", являющихся приложениями 6 и 7 к Методическим рекомендациям, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 "Прочие схемы лекарственной терапии", а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.1 данного раздела.

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" в "Группировщиках" при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала



между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 "Прочие схемы лекарственной терапии", а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 6 пункта 2.2.1 данного раздела.

Также схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в "Группировщике".

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

2.2.4. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту

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

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

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

#### 2.2.5. Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в условиях круглосуточного стационара - за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

В случае, если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в двух разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент и дополнительно за оказанные услуги для медицинской организации, в которой проводится диализ.

В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

В стационарных условиях необходимо к законченному случаю относить лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

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

#### 2.2.6. Оплата случаев лечения по профилю «Акушерство и гинекология»

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

Учитывая возможность проведения отдельных этапов процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также возможность криоконсервации и размораживания эмбрионов, в модели КСГ дневного стационара предусмотрены КСГ ds02.008-ds02.017.



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

Оптимальная длительность случая при проведении криопереноса составляет 1 день.

#### 2.2.7. Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»

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

Для КСГ st37.001-st37.013, st37.021-st37.029, st37.031-st37.034 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001-ds37.008, ds37.015-ds37.019 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №788н (с изменениями).

При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

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

Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 2.2.1 данного раздела.

Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов (КСЛП).

Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 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).

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

2.2.8. Оплата госпитализаций в случае перевода на долечивание пациента, перенесшего коронавирусную инфекцию Covid-19:

- в пределах одной медицинской организации - оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

- в другую медицинскую организацию - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке;

- в амбулаторных условиях - оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в общем порядке, определенным тарифным соглашением.

2.2.9. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D)

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D) (далее - ХВГ) включает в себя: наименование лекарственных препаратов, лекарственную форму, режим дозирования количество дней введения, а также способ введения (в случае указания в схеме).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела) в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в "Группировщике".

2.2.10. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя: наименование лекарственных препаратов, способ введения, количество дней введения для инъекционных форм или дней приема для таблетированных форм, разовую дозу препарата, форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска, а также слова "поддерживающая терапия" для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии. Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ "Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1 - 20)".



Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 2.2.1 данного раздела.

#### 2.2.11. Оплата случаев лечения по профилю "Онкология"

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 2.2.12. Оплата медицинской помощи при досуточной госпитализации в диагностических целях.

КСГ st36.048 «Досуточная госпитализация в диагностических целях» предусматривает возможность оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования нахождение пациента при заболеваниях и состояниях в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования в стационарном отделении скорой медицинской помощи, порядок организации деятельности которой определен приказом



Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н, продолжительностью не более 24 часов, в том числе для проведения необходимых лабораторных и/или диагностических исследований с последующим принятием решения о госпитализации либо выписке. В случае последующей госпитализации пациента в отделение той же медицинской организации оплата медицинской помощи по данной КСГ не осуществляется.

### **2.3 Способ оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

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

- 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).

## **Раздел 3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной Правилами ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у



медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии в медицинской организации организованного питания), 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, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств.

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

При отсутствии в медицинской организации патолого-анатомического отделения финансовое обеспечение проведения патолого-анатомических вскрытий осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов.

Стоимость услуги А08.30.019 «Патолого-анатомическое вскрытие» - 6428,0 рублей.

### **3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

3.1.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2026 год, составляет 12168,7 рублей, медицинская реабилитация – 131,4 рубля.

Средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Республики Хакасия, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.1.2. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях с



01.01.2026 – 234,69 рублей в месяц в расчете на одно застрахованное лицо, на год 3142,25 рублей (с учетом коэффициента дифференциации- 1,42).

3.1.3. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает в себя:

- посещения с иными целями;
- обращения по поводу заболевания;
- диагностические (лабораторные) исследования, за исключением оплачиваемых за единицу объема;
- консультирование медицинским психологом ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, а также 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;
- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских и (или) дистанционных технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения,
- определение уровня липопротеида (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет
- оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, холестерин липопротеидов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет
- один раз в 6 лет, у пациентов с 40 лет и старше - один раз в 3 года.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования производится с учетом численности прикрепленного населения и дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов используются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, определенные в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Для медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, применяются следующие коэффициенты дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- для медицинских организаций, обслуживающих до 20 тысяч человек - 1,113;
- для медицинских организаций, обслуживающих свыше 20 тысяч человек - 1,04.

Для расчета стоимости медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой лицам в возрасте 65 лет и старше, применяется коэффициент дифференциации для подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц - 1,6.

3.1.4. Медицинская помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива финансирования, за единицу объема:

- посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме;
- посещения с иными целями, обращение по поводу заболевания для медицинских



организаций, не имеющих прикрепившихся лиц;

- финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- профилактические медицинские осмотры, диспансеризация, углубленная диспансеризация и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- проведение второго этапа диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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

- комплексные посещения медицинской помощи пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

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

- комплексное посещение центров здоровья (дети);

- телемедицинские технологии при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей;

- телемедицинские консультации маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация»;

- услуги гемодиализ;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования.

Тарифы на оплату амбулаторно-поликлинической помощи предусматривают компенсацию затрат как на посещение специалиста определенного профиля, так и на распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы.

При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций, отнесенных к одному уровню (подуровню):

- 1А - 1,0;

- 1Б - 0,8.

При оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами установлен коэффициент в размере - 1,2.

При организации работы в вечернее время в будние дни и выходные дни - 1,5.

3.1.5. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет на 2026 год:

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей



– 1099,8 тыс. рублей (применяется понижающий коэффициент - 0,5 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей);

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 900 жителей – 2199,6 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 901 до 1500 жителей – 4399,4 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей – 4399,4 тыс. рублей;

- фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей – 4399,4 тыс. рублей (применяется коэффициент уровня медицинской организации - 1,0 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей).

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2026 год установлен с учетом коэффициента дифференциации и коэффициента доступности.

Для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, применяется коэффициент специфики - 0,95.

При обслуживании фельдшерскими, фельдшерско-акушерскими пунктами женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушеров, отдельные полномочия по работе с такими женщинами могут быть возложены на фельдшера или медицинскую сестру (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем), размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

Данный коэффициент учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемый к размеру финансового обеспечения структурных подразделений медицинской организации.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года.

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

Распределение средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов для каждой медицинской организации распределяется по страховым медицинским организациям пропорционально численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации. Медицинские организации предоставляют счета в страховые медицинские организации.

Перечень и размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов установлены приложением 9 к настоящему Тарифному соглашению

3.1.6. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа,



оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

При этом в период лечения, пациент должен обеспечиваться всеми необходимыми лекарственными препаратами, кроме лекарственных препаратов для профилактики осложнений.

3.1.7. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи установлены приложением 2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.8. Базовые нормативы финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оплачиваемой за единицу объема, коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема, тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.9. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, коэффициенты специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц установлены в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.10. Половозрастные коэффициенты дифференциации потребления медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.11. Стоимость комплексного посещения на проведение профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения установлена приложением 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.12. Стоимость исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного установлена приложением 10 (1) к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.13. Стоимость комплексного посещения на проведение медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, установлена приложением 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.14. Стоимость исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установлена приложением 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.15. Стоимость комплексного посещения диспансерного наблюдения установлена приложением 13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.16. Стоимость комплексного посещения по профилю "медицинская реабилитация" установлена приложением 14 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.17. Тарифы на отдельные медицинские услуги установлены приложением 15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.1.18. Стоимость комплексных посещений школ с хроническими неинфекционными заболеваниями установлена приложением 29 к настоящему Тарифному соглашению.

## **3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара**

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный



на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС:

- в стационарных условиях:  
за исключением медицинской реабилитации – 12597,2 рублей;  
медицинская реабилитация – 460,3 рублей;
- в условиях дневного стационара:  
за исключением медицинской реабилитации – 3134,0 рублей;  
медицинская реабилитация – 120,6 рублей;

3.2.2. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой ОМС, с учетом коэффициента дифференциации:

- для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи:  
за исключением медицинской реабилитации – 14114,2 рублей;  
медицинская реабилитация – 486,8 рублей;
- для медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи:  
за исключением медицинской реабилитации – 3244,3 рубля;  
медицинская реабилитация – 120,6 рублей.

3.2.3. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) с учетом коэффициента доступности медицинской помощи (1,01):

- в стационарных условиях:  
с учетом коэффициента дифференциации – 48954,29 рублей;  
без учета коэффициента дифференциации – 34474,85 рублей;
- в условиях дневного стационара:  
с учетом коэффициента дифференциации – 26597,79 рублей;  
без учета коэффициента дифференциации – 18730,84 рублей.

Стоимость законченного случая лечения по КСГ без учета коэффициента сложности лечения пациента установлена:

- в стационарных условиях - в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению;
- в условиях дневного стационара - в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость законченного случая лечения по КСГ с учетом коэффициента сложности лечения пациента определяется путем суммирования стоимости законченного случая лечения по КСГ, установленной в приложениях 17 и 23 и стоимости КСЛП.

3.2.4. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Программы с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в Программе установлен:

- в стационарных условиях - в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению;
- в условиях дневного стационара - в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.5. Коэффициент дифференциации – 1,42.

3.2.6. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи.



Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи установлены в соответствии с Методическими рекомендациями в диапазоне от 0,8 до 1,4 (за исключением перечня КСГ, к которым в соответствии с Методическими рекомендациями, не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики) и применяются к КСГ в целом и являются едиными для всех уровней оказания медицинской помощи.

К КСГ, начинающихся с символов st19 и ds19 (профиль «Онкология»), а также st08 b ds08 (профиль «Детская онкология»), коэффициент специфики не применяется (установлен в значении 1).

Значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи установлены:

- в стационарных условиях - в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению;
- в условиях дневного стационара - в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

### 3.2.7. Значения коэффициента сложности лечения пациента

Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) установлены на федеральном уровне и применяются к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании объективных критериев и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетах.

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.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значение КСЛП применяется к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации.

Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» в составе случая лечения в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации.

К стоимости КСЛП доля оплаты прерванных случаев не применяется.

Перечень случаев, для которых установлен КСЛП, в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

### 3.2.8. Коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи:

- к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

- ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

- к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Значения коэффициента уровня (подуровня) медицинской организации (в том числе структурных подразделений медицинской организации) по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ:



- в стационарных условиях:

- 1) коэффициент 1-го уровня – 0,9;
- 2) среднее значение коэффициента 2-го уровня – 0,98;  
2А – 1,0;  
2Б – 0,91;
- 3) среднее значение коэффициента 3-го уровня – 1,1;  
3А – 1,12;  
3Б – 1,101;  
3В – 1,1;

- в условиях дневного стационара:

- 1) среднее значение коэффициента 1-го уровня – 0,88;  
1А – 0,9;  
1Б – 0,8;
- 2) среднее значение коэффициента 2-го уровня – 0,93;  
2А – 1,0;  
2Б – 0,91;
- 3) коэффициент 3-го уровня – 1,25.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня, осуществляющих оказание медицинской помощи по профилям «Детская онкология» и «Онкология», коэффициент подуровня установлен в размере 1.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи установлены:

- в стационарных условиях - в приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению;

- в условиях дневного стационара - в приложении 24 к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с Методическими рекомендациями к отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней, коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации не применяется (принимается равным 1). Перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) в стационарных условиях установлен в приложении 20 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.9. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации установлен в значении «1».

3.2.10. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

1) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 89,9% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 99,9% от стоимости КСГ.

Таблицей 2 приложения 16 определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в таблицу 2 приложения 16, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев

2) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:



- при длительности лечения 3 дня и менее – 49,9% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 79,9% от стоимости КСГ.

3.2.11. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен в таблице 1 приложения 16 к Тарифному соглашению.

3.2.12. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен в таблице 2 приложения 16 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.13 Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, приведенной в Программе, установлены в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.14. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, установлены:

- в стационарных условиях - в таблице 1 приложения 22 к настоящему Тарифному соглашению;

- в условиях дневного стационара - в таблице 2 приложения 22 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.15. Тарифы на оплату услуг диализа установлены в приложении 8 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой обязательного медицинского страхования Республики Хакасия на 2026 год составляет 1909,2 рублей.

3.3.2. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с 01.01.2026 – 150,36 рублей в месяц в расчете на одно застрахованное лицо, на год 1804,36 рублей (с учетом коэффициента дифференциации -1,42).

3.3.3. На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи, рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций, с учетом установленных коэффициентов:

- коэффициентов половозрастного состава;

- коэффициентов уровня расходов медицинских организаций;

- коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения на территории Республики Хакасия;

- коэффициента дифференциации.

3.3.4. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется из дифференцированного подушевого норматива финансирования, численности



обслуживаемого населения в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в рамках установленных объемов и стоимости.

3.3.5. Оплата скорой медицинской помощи при проведении тромболитической терапии осуществляется по установленным тарифам за фактически выполненные объемы с учетом применяемого тромболитического препарата.

3.3.6. Базовый норматив финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи за единицу объема, коэффициенты, применяемые для определения стоимости единицы объема, тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи и скорой специализированной медицинской помощи установлен в приложении 25 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.7. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, половозрастные коэффициенты дифференциации медицинских организаций, коэффициенты уровня медицинской организации, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Республике Хакасия, установлены приложением 26 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.8. Половозрастные коэффициенты дифференциации потребления скорой медицинской помощи установлены в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **3.4. Применение показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц,**

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи в составе средств, направляемых на финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, определена доля средств в размере 2% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации осуществляется один раз в квартал.

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

Результаты оценки достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций оформляются решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Хакасия, которое доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным периодом.



Каждый показатель, включенный в блок (приложение 3 к настоящему Тарифному соглашению), оценивается в баллах, которые суммируются.

Показатели по 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 4 блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации принять значение баллов по 4 блоку равным нулю.

Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 35 баллов для показателей 1 блока (взрослое население);
- 35 баллов для показателей 2 блока (детское население);
- 35 баллов для показателей 3 блока (женское население);
- 35 баллов для показателей блока (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.

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

2 часть - распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период, распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

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 в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производить 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 от 0 - 17 лет (за исключением смертности от внешних причин), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).



В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссией устанавливаются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

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

Оценка и порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, финансируемых по подушевому нормативу в амбулаторных условиях приведен в приложении 3 настоящего Тарифного соглашения

Перечень показателей результативности по медицинским организациям, приведен в приложении 3.1 настоящего Тарифного соглашения.

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

4.1. Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, производится на основании предъявляемых счетов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

4.2. Порядок проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию осуществляется в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231 (с изменениями).

4.3. За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации несут ответственность в соответствии с законодательством РФ, условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.4. Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном нормативными документами Минздрава России, ФФОМС и ТФОМС РХ.

4.5. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества рассчитывается согласно методике, предусмотренной Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н.

4.6. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и размер санкций установлены в приложении 28 к Тарифному соглашению.



## Раздел 5. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение заключается на один финансовый год и вступает в силу с 1 января 2026 года и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Исполняющий обязанности Министра  
здравоохранения Республики Хакасия

М.О. Максимов

Заместитель Министра здравоохранения  
Республики Хакасия

П.Г. Шоев

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Республики Хакасия

Л.А. Бурнакова

Заместитель директора Территориального  
фонда обязательного медицинского страхования  
Республики Хакасия по вопросам планирования  
и экономического анализа, секретарь комиссии

И.М. Баутина

Директор Хакасского филиала  
Общества с ограниченной ответственностью  
«Страховая медицинская компания «РЕСО-МЕД»

С.В. Власова

Председатель Хакасской республиканской  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации

Т.И. Рыбаченко

Председатель первичной профсоюзной организации  
Государственного учреждения здравоохранения  
Республики Хакасия «Республиканский клинический  
онкологический диспансер»

А.В. Мальчиков

Член Правления Медицинской палаты  
Республики Хакасия

А.В. Парфенов