

Дополнительное соглашение №2

К ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2026 ГОД от 20 января 2026 года

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Запорожской области в лице министра здравоохранения Запорожской области Ванькова Дмитрия Витальевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Запорожской области в лице первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Запорожской области Килюшик Светланы Александровны,

Запорожская областная организация профессионального союза работников здравоохранения в лице председателя Лакунина Константина Юрьевича,

Запорожская региональная общественная организации «Врачебная палата» в лице председателя Маслова Игоря Александровича, именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашения №2 к Тарифному соглашению на оплату медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования Запорожской области на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения и дополнения в Тарифное соглашение в раздел 2. «СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ», изложив его в следующей редакции:

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1. При реализации Территориальной программы ОМС Запорожской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

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

а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в том числе с включением расходов на реабилитацию, проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья), диспансерного наблюдения работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение, финансового обеспечения фельдшерско-акушерских

пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), без учета 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.

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

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

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

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

- отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, 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);

- углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

- 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.

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

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

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

- б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3-дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 22 к Территориальной программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в случаях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и

интенсивных методов диагностики и лечения, а также изоляции по эпидемиологическим показаниям):

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

б) 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-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 29 к Территориальной программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ, группе ВМП).

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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

2.1.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем

видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, без учета показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, на медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также с пациентами, являющимися жителями отдаленных и малонаселенных районов.

2.1.6. Оплата ВМП.

ВМП, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, оказывается медицинскими организациями в соответствии с перечнем видов ВМП.

Оплата ВМП осуществляется за законченный случай лечения заболевания по утвержденным тарифам за медицинскую помощь по перечню видов ВМП, содержащему, в том числе, методы лечения.

2.2. Установленные способы оплаты медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Запорожской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, в том числе федеральных медицинских организаций, приведен в Приложении № 1

к настоящему Тарифному соглашению.

В целях недопущения снижения выполнения медицинскими организациями объемов профилактических медицинских осмотров и диспансеризации Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Запорожской области ведется отдельный контроль оказанной медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

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

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

- оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную в том числе по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями (за исключением медицинских услуг диализа), обращение в связи с заболеванием;
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию взрослого населения (за исключением углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья);
- диспансерное наблюдение, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;
- посещения с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;
- финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов);
- медицинская помощь по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- неотложная помощь, оказанная в амбулаторных условиях;
- проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях не включает расходы на:

- проведение КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, МГИ и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);

- определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- углубленную диспансеризацию и диспансеризацию взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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

- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при проведении телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

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

- медицинские услуги диализа;

- стоматологической медицинской помощи, оказываемой в специализированных стоматологических поликлиниках;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в центрах амбулаторной онкологической помощи (посещения, обращения по профилю «Онкология»);

- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой лицам,

застрахованным на территории Запорожской области, в других субъектах Российской Федерации;

- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным на территории Запорожской области, не прикрепленным ни к одной медицинской организации.

Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

2.3.2. Подушевые нормативы финансирования для каждой медицинской организации определяются дифференцированно с учетом коэффициентов дифференциации подушевого норматива финансирования.

При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования:

1) коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее - КД_{от});

2) коэффициенты половозрастного состава (далее - КД_{пв});

3) коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатические и географические особенности, площади медицинской организации) (далее - КД_{ур});

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Запорожской области (далее - КД_{зп});

5) коэффициенты дифференциации (далее - КД).

Месячный объем финансирования медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу рассчитывается и утверждается приказом ТФОМС Запорожской области и доводится до медицинских организаций.

2.3.3. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации установлен в Приложении № 41 к Тарифному соглашению.

2.3.4. Расходы на медицинскую помощь, оказываемую фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, включаются в подушевой норматив финансирования медицинской организации.

2.3.5. Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу, комплексное посещение) по тарифам, установленным Приложениями №№ 11.1; 11.2; 36; 38; 44; 45; 46; 48 настоящего Тарифного соглашения, в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и подлежащей оплате за единицу объема медицинской помощи, изложен в пунктах 2.3.6 - 2.3.12 настоящего Тарифного соглашения.

Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях и подлежащая оплате за единицу объема медицинской помощи, включает:

2.3.6. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования:

- компьютерная томография, в том числе с контрастированием;
- магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием;
- ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопические диагностические исследования;
- молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- позитронная эмиссионная томография и (или) позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ);
- однофотонная эмиссионная компьютерная томография и (или) однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ-КТ).

Перечень медицинских организаций, оказывающих отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной

терапии), а также ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ - приведен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на КТ и МРТ исследования с контрастированием установлены без учета стоимости введения контрастного вещества.

При проведении КТ и МРТ исследований с контрастированием дополнительно к тарифам на КТ и МРТ применяется тариф по коду услуги A11.12.003 «Внутривенное введение лекарственных препаратов» (при КТ исследованиях) или A11.12.003.005 «Внутривенное введение лекарственных препаратов» (при МРТ исследованиях).

Диагностические исследования, назначенные врачом-онкологом (детским онкологом) в рамках диспансерного наблюдения, подлежат оплате за счет средств ОМС в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, в том числе с использованием МУР.

2.3.7. Комплексные посещения.

2.3.5.1. Оплата углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения.

Оплата углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ:

- от 1 июля 2021 года № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

- а также с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержденным Приложением № 6 к Программе государственных гарантий, и в соответствии с Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации 8 апреля 2024 г. № 17-6/И/2-6434,

- с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания

первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

Перечень медицинских организаций, в которых граждане могут пройти углубленную диспансеризацию, а также диспансеризацию взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, представлен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

В счет-реестр оказанной медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам и первому этапу диспансеризации включаются завершенные случаи с выполнением в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, *при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простатспецифического антигена в крови.*

Также, законченным случаем комплексного посещения по профилактическому медицинскому осмотру считается при наличии проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований в объеме согласно Перечню, утвержденному Приложениями № 1 и 2 к Порядку проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения.

При этом в случае, если при проведении ~~профилактического медицинского~~ осмотра учтены результаты ранее проведенного (не позднее одного года) медицинского осмотра или диспансеризации, а также медицинские услуги (медицинские вмешательства) проведенные и оплаченные в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара) стоимость такого комплексного посещения в счете-реестре уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских услуг (медицинских вмешательств).

Профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований, утвержденный Приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 211н.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных профилактическим осмотром, оформленного в соответствии со статьей 20 Федерального закона № 323-ФЗ, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненными исследований.

В случае выполнения неполного перечня исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе,

если часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи, стоимость такого комплексного посещения в счете-реестре уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских услуг (медицинских вмешательств).

Оплата медицинской помощи в рамках 1 этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин осуществляется за комплексное посещение.

Оплата медицинской помощи в рамках 2 этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу) в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренным Приложением № 6 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188, а также Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными Министерством здравоохранения Российской Федерации 29.03.2024 года.

Одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеинов (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18-40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов 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. Расходы на медицинские услуги (медицинские вмешательства) проводимые одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях. При этом медицинские организации в обязательном порядке при формировании счетов-реестров, оказываемой в амбулаторных условиях, отражают все единицы объема медицинских услуг (определение уровня липопротеинов (а) в крови, общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов очень низкой плотности, триглицериды).

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках проведения углубленной диспансеризации, осуществляется в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню,

установленному приложением № 38 к Тарифному соглашению.

Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином из расчета выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств первого этапа углубленной диспансеризации в течение одного дня.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным Приложением № 38 к Тарифному соглашению.

Случаи диспансерного наблюдения включаются в счет-реестр как комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость физикальных, лабораторных и инструментальных диагностических исследований, предусмотренных порядками, утвержденными Минздравом России, за исключением исследований (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, ЭДИ, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала), а также консультаций врачей других специальностей, тарифицированных отдельно в рамках установленных объемов на их проведение.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования, при этом случай комплексного посещения включается в счет-реестр с соответствием тарифам, установленным Приложением № 17 к Тарифному соглашению.

Диспансерное наблюдение детей осуществляется в соответствии с Приказом № 192н и оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования медицинской организации, в том числе детей, проживающих в организациях социального обслуживания, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

Согласно «Регламенту информационного взаимодействия между участниками системы обязательного медицинского страхования Запорожской области, в части ведения персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, и предоставления медицинскими организациями счетов и реестров счетов за медицинские услуги, оказанные по территориальной программе обязательного медицинского страхования» медицинским организациям при формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи по диспансерному наблюдению работающих граждан необходимо обеспечить заполнение места проведения диспансерного наблюдения (проведено по месту работы/учебы; проведено силами и средствами работодателя).

Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, включается в подушевой норматив финансирования.

2.3.5.2. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при этом включение случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в счет-реестр осуществляется по установленным Территориальной программой государственных гарантий нормативов объема и нормативов финансовых затрат для медицинской реабилитации.

Учет случаев медицинской реабилитации в амбулаторных условиях осуществляется дифференцированно в зависимости от заболевания (профиля заболевания), по поводу которого проводится медицинская реабилитация, и оценки состояния пациента по ШРМ (1 - 3 балла) по тарифам, установленным Приложением № 35 к Тарифному соглашению.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает не менее 10 - 12 посещений. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации, а также учитывает перечень, объем и кратность услуг в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 788н «Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых».

2.3.5.3. Оплата посещений школ сахарного диабета осуществляется (вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации) за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля, по тарифам, установленным Приложением № 36 к Тарифному соглашению.

2.3.6 Посещения в неотложной форме.

Оплата неотложной помощи, в том числе оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась, осуществляется по тарифу посещения на оказание неотложной помощи (Приложение № 33 к Тарифному соглашению), за исключением стоматологической помощи, оплата которой осуществляется на основании пункта 2.3.10 Тарифного соглашения.

2.3.7. Посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания (законченный случай).

Без направления осуществляется прием застрахованных лиц врачами, оказывающими медицинскую помощь в плановой форме по профилю «Акушерство и гинекология», «Стоматология».

По направлению осуществляется прием застрахованных лиц врачом, оказывающим медицинскую помощь по профилю «Онкология», за исключением онкологических кабинетов/отделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в том числе по территориально-участковому принципу.

2.3.8. Оплата стоматологической помощи осуществляется за УЕТ в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

За единицу стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, принимается УЕТ.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта и зубов (лечение двух, трех зубов) за одно посещение.

Для учета амбулаторной стоматологической помощи используется среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях (Приложение № 13 к Тарифному соглашению).

Средняя кратность УЕТ при расчете плановых объемов составляет 4,2 УЕТ, в том числе:

- в одном посещении с профилактической и иной целью - 4 УЕТ;
- в одном обращении по поводу заболевания (законченном случае лечения) - 9,4 УЕТ.

Стоимость 1 УЕТ в амбулаторных условиях приведена в Приложении № 12 к Тарифному соглашению.

2.3.9. Оплата комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, при этом включается в счет-реестр в соответствии с перечнем услуг, установленных в Приложении № 40 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.10. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в амбулаторных условиях осуществляется за услугу диализа.

В целях учета объемов медицинской помощи лечение в течение одного месяца учитывается как одно обращение (сеанс).

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за

счет иных источников.

Оплата услуг диализа осуществляется дифференцированно по методам диализа согласно Приложению № 10 к Тарифному соглашению.

2.4. В соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости выполнения диагностических медицинских услуг другой медицинской организацией по направлению с учетом выстроенной маршрутизации возможно применение способа оплаты медицинской помощи в рамках МУР.

2.5. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, приведен в Приложении №1 к Тарифному соглашению.

2.5.2. В целях обеспечения единых принципов оплаты специализированной медицинской помощи применяются подходы, изложенные в Методических рекомендациях.

2.5.3. Для оплаты случая лечения по КСГ в качестве основного диагноза указывается код по МКБ, являющийся основным поводом к госпитализации.

2.5.4. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по КСГ, предусмотренным Приложением 4 к Программе государственных гарантий, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу, для которых Программой государственных гарантий установлен средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, в случае их включения в Территориальную программу ОМС сверх базовой Программы;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения), в случае их включения в Территориальную программу ОМС сверх базовой Программы;

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.5.5. В соответствии с Программой государственных гарантий 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 4.1 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в Приложении № 8 к Программе;
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, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.028 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой.

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 4.3 Методических рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 пункта 4.1 данного раздела.

2.6. Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационаров, для которых длительность госпитализации три дня и менее является оптимальными сроками лечения, представлен в Приложениях № 22, № 29 к Тарифному соглашению.

2.7. В целях организации учета объема и стоимости лекарственных препаратов, введенных конкретному пациенту при проведении противоопухолевой лекарственной терапии, Федеральным фондом изменена структура реестра счета, позволяющая учитывать фактические затраты медицинской организации на оказание указанной медицинской помощи, в реестрах счетов предусмотрено обязательное отражение информации об объеме лекарственного препарата, введенного пациенту, а также стоимости единицы действующего вещества лекарственного препарата (для лекарственных препаратов, примененных в схемах противоопухолевой лекарственной терапии в рамках оказания специализированной медицинской помощи с кодировкой «sh...», за исключением sh9003).

Реестры счетов без учета указанной информации не могут предоставляться в ГИС ОМС.

2.8. Оплата ВМП, оказанной в условиях стационара.

ВМП в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Запорожской области, оказывается в соответствии с разделом I перечня видов ВМП приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов.

Оплата ВМП осуществляется согласно нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования по тарифам, представленным в Приложении № 26 к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих ВМП на территории Запорожской области, приведен в Приложениях № 25 к Тарифному соглашению.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к ВМП осуществляется при

соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ, модели пациента, вида и метода лечения аналогичным параметрам, установленным перечнем видов ВМП (раздел 1 приложения № 1 к Программе государственных гарантий), содержащего, в том числе, методы лечения и источники финансового обеспечения ВМП (далее - Перечень ВМП).

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.

Предъявление к оплате случая оказания ВМП осуществляется после завершения 6 этапа заполнения формы статистического учета № 025/у-ВМП (талон на оказание ВМП) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 января 2015 года № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания ВМП с применением специализированной информационной системы, порядках их заполнения и сроках представления».

Данные о случае, внесенные в ИС ВМП Министерства здравоохранения Российской Федерации, должны соответствовать информации в реестрах счетов.

После оказания в медицинской организации ВМП при наличии показаний пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи.

Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.9. Случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении/покое стационара без последующей госпитализации пациента оплачиваются по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения/покоя, установленному Приложением № 33 к Тарифному соглашению.

Факт обращения пациента в приемное отделение/покой должен быть зафиксирован в Журнале регистрации амбулаторных больных, в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025-1/у), оформленной в приемном отделении/покое.

Минимальным объемом медицинских услуг, обосновывающим выставление счета на оплату по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения/покоя, является осмотр врача приемного отделения/покоя (дежурного врача стационара) и выполнение не менее одного лабораторно-диагностического исследования или лечебного мероприятия.

2.10. При определении фактического количества дней лечения в рамках

одного случая госпитализации день поступления и день выписки считается за 1 койко-день в условиях круглосуточного стационара, за 2 пациенто-дня в условиях дневного стационара.

2.11. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в Программу государственных гарантий, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС по тарифам, установленным в Приложении № 11.2 к Тарифному соглашению.

2.12. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации 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):

а) по подушевому нормативу финансирования;

б) за единицу объема медицинской помощи - вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, а также при проведении тромболитической терапии).

2.13. Базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

- оплаты скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других

субъектах Российской Федерации.

2. Приложения 1, 2, 3, 37.1 и 37.2 к тарифному соглашению изложить в новой редакции приложений 1, 2, 3, 4.1 и 4.2 настоящего дополнительного соглашения.

3. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.04.2026.

4. Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр Тарифного соглашения хранится в министерстве здравоохранения Запорожской области, второй – в ТФОМС Запорожской области.

5. Настоящее дополнительное соглашение подлежит обязательной отправке Председателем Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Запорожской области в пятидневный срок после дня его заключения в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии базовой программе обязательного медицинского страхования.

Министр здравоохранения
Запорожской области

Ваньков Дмитрий Витальевич

Первый заместитель
директора Территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Запорожской области

Килушик Светлана Александровна

Председатель Запорожской
областной организации
профессионального союза
работников здравоохранения

Лакунин Константин Юрьевич

Председатель Запорожской
региональной общественной
организации «Врачебная
палата»

Маслов Игорь Александрович