

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
в системе обязательного медицинского страхования  
на территории Республики Мордовия на 2026 год

23 января 2026 года

**1. Общие положения.**

1. Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Мордовия (далее – ТФОМС Республики Мордовия, Фонд), Мордовская республиканская общественная организация «Ассоциация врачей Мордовии», страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия в 2026 году, именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее–326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее–323-ФЗ), постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 №2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 №496н (далее - Правила ОМС), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (совместное письмо от 28 января 2025 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования №00-10-26-2-06/965, протокол заседания от 24.10.2024 № 90/31-2/550), информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.01.2024 №31-2/И/2-1602 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024-2026 годы», постановления Правительства Республики Мордовия от 23.01.2025 №13 «О

Республиканской территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания населению Республики Мордовия медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» в целях организации оплаты медицинских услуг, оказываемых населению Республики Мордовия, заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение).

Предметом настоящего Тарифного соглашения является согласование сторонами размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, действующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия, способов оплаты медицинской помощи, размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассматриваются и устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия Тарифным соглашением. Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется Комиссией в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из установленных Программой средних нормативов.

Порядок, сроки подготовки, рассмотрения и утверждения Тарифного соглашения определены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2021 №80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы». Решением Комиссии является заключенное тарифное соглашение после согласования его с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

## **2.Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Республике Мордовия.**

2. В соответствии с частями 3, 4 ст. 32 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в Республике Мордовия медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

-вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);

-амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

-в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

-стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

3. Формами оказания медицинской помощи являются:

-экстренная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

-неотложная - медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;

-плановая - медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

При формировании реестров счетов на оплату неотложными случаями считаются:

1) оказание медицинской помощи пациенту, обратившемуся самостоятельно или доставленному машиной скорой медицинской помощи в приемное отделение стационара без последующей госпитализации;

2) первичный вызов на дом участкового врача терапевта, участкового врача педиатра или врача общей практики (семейного врача) - в течение 2 часов с момента обращения пациента в медицинскую организацию по месту получения первичной медико-санитарной помощи;

3) посещения в травматологические пункты - структурные подразделения медицинских организаций;

4) посещения в кабинеты неотложной помощи.

4. На территории Республики Мордовия применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

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

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение висцеральной 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 репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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

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

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

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

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном

взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

Оплата углубленной диспансеризации у граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в течение года после заболевания, включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания осуществляется по тарифам согласно Приложению 24 к настоящему Тарифному соглашению.

В рамках I этапа углубленной диспансеризации проводятся:

измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое – за комплексное посещение;

тест с 6-минутной ходьбой (при исходной сатурации кислорода крови 95 процентов и выше в сочетании с наличием у гражданина жалоб на одышку, отеки, которые появились впервые или интенсивность которых повысилась) – за медицинскую услугу;

проведение спирометрии или спирографии – за комплексное посещение;

общий (клинический) анализ крови развернутый – за комплексное посещение;

биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови) – за комплексное посещение;

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

проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) – за медицинскую услугу;

прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) – за комплексное посещение.

в рамках II этапа углубленной диспансеризации:

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

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

дуплексное сканирование вен нижних конечностей (при наличии показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови) - за единицу объема оказания медицинской помощи.

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

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

за 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, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней (включительно), предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

в) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

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

г) 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,.

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

5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

После завершения участия медицинской организации, подведомственной Министерству здравоохранения Республики Мордовия, либо медицинской организации частной системы здравоохранения в реализации территориальной программ обязательного медицинского страхования Республики Мордовия на соответствующий год при условии исполнения всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и отсутствии у этих медицинских организаций просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование этими медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, в размере и порядке, которые определяются их учредителями, с последующим уведомлением медицинскими организациями учредителей.

Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Республики Мордовия на соответствующий период. Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования).

Нормативы расходов на соответствующие статьи затрат определяются требованиями действующего законодательства и нормативными документами Российской Федерации и Республики Мордовия.

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты, указанным в разделе 2 настоящего Тарифного соглашения, в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

6. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективности реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно для структурных подразделений медицинских организаций с учетом уровня оказания медицинской помощи, в соответствии с Приложением 1 к настоящему Тарифному Соглашению:

первый уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутри городского округа):

первичную медико-санитарную помощь;  
и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь, (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, центры, диспансеры (кожно-венерологический, онкологический);

третий уровень – медицинские организации имеющие, в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В связи с отсутствием различий в оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в медицинских организациях разного уровня, коэффициент уровня медицинской организации (КУО) при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара устанавливается в размере «1».

7. В структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера:

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

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

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

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

### 3.1. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

8. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2026 год устанавливается в размере 8 424,90 рублей, исходя из общей численности застрахованного населения Республики Мордовия по состоянию на 01.01.2025 года 680 036 человек и общих расходов на финансирование медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях на 2026 год в сумме 5 729 225,5 тыс. рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами).

Базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц на 2026 год – 88,20 рублей.

Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» в 2026 году составляют:

- профилактические медицинские осмотры – 2 611,10 рублей;
- диспансеризация – 3 123,00 рублей, в том числе:
  - углубленная диспансеризация – 2 349,60 рублей;
  - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин 1 934,50 рублей, в том числе:
    - женщин – 3 054,80 рублей,
    - мужчин – 759,60 рублей;
  - посещения с иными целями – 440,20 рублей;
  - посещения в неотложной форме – 1 050,70 рублей
  - обращения в связи с заболеванием – 2 064,70 рублей, в том числе:
    - консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой – 379,90 рублей;

консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентом или их законными представителями – 336,30 рублей;

- проведение отдельных диагностических исследований – 2 303,7 рублей, в том числе:

- компьютерная томография – 3 438,90 рублей;

- магнитно-резонансная томография – 4 695,50 рублей;

- ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 741,80 рублей;

- эндоскопические диагностические исследования – 1 360,20 рублей;

- молекулярно-генетические исследования – 10 693,20 рублей;

- патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 637,10 рублей;

- ПЭТ/КТ при онкологических заболеваниях – 35 414,40 рублей;

- ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия – 4 859,60 рублей;

- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) – 14 510,50 рублей;

- определение РНК вируса гепатита С в крови методом ПЦР – 1 102,30 рублей;

- лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) – 1 954,20 рублей;

- школа для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания – 960,80 рублей, в том числе:

школа сахарного диабета – 1 414,80 рублей;

-диспансерное наблюдение – 3 113,50 рублей, в том числе по поводу:

онкологических заболеваний – 4 331,70 рублей;

сахарного диабета – 1 883,10 рублей;

болезней системы кровообращения – 3 680,70 рублей;

-дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов – 1 108,40 рублей, в том числе:

пациентов с сахарным диабетом – 3 651,70 рублей;

пациентов с артериальной гипертензией – 964,00 рубля;

- посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение – 1 677,50 рублей.

9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2026 год установлен Приложением 23 к настоящему

Тарифному соглашению с учетом коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Размер финансового обеспечения фельдшерских и 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 в среднем на 2026 год:

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей, - 1 533,7 тыс. рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 801 до 1500 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей;

для фельдшерского или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей.

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров-гинекологов полномочия по работе с такими женщинами осуществляются медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения, согласно Приложению 23.

10. При формировании учетно-отчетных форм в системе ОМС и реестров счетов, предъявляемых к оплате, учет первичной доврачебной медико-санитарной помощи, оказанной фельдшерами, акушерками, ведущими самостоятельный прием на фельдшерско-акушерском пункте, осуществляется в количестве посещений с иными целями или обращений по заболеванию с тарифом «0» рублей, за исключением межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, осуществляемых в соответствии с Приложением 6. Если при посещении фельдшерско-акушерского пункта застрахованному по ОМС лицу одновременно выполняется несколько

лечебно-диагностических процедур, учету подлежит одно посещение с иными целями или обращение.

11. Единицей объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в пределах утвержденных объемов является:

- посещение;
- обращение по поводу заболевания;
- лечебно-диагностические услуги (исследования) в соответствии с

Приложением 9 к настоящему Тарифному Соглашению.

посещения:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), (комплексное посещение);

в связи с диспансеризацией определенных групп населения, в том числе населения репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья;

в связи диспансерным наблюдением;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе: связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, на госпитализацию в круглосуточный или дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов, а также осмотр перед проведением профилактических прививок, осмотр контактных лиц инфекционистом или участковым врачом, посещения беременных при нормальной беременности и посещения беременных с профилактической целью иных специалистов, посещения женщин, обратившихся за направлением на медицинский аборт, посещение по поводу применения противозачаточных средств;

в) разовые посещения в связи с заболеванием.

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

11. Обращения по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух

посещений по поводу одного заболевания к специалистам одной специальности. Под законченным случаем в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, которые возможно провести в амбулаторных условиях, на дому (при невозможности посещения пациентом медицинской организации). При этом могут быть следующие исходы заболевания и результаты лечения: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, направление в круглосуточный стационар, направление в дневной стационар, смерть.

Обращение, как законченный случай по поводу заболевания к одному специалисту, складывается из первичного и повторных посещений. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона амбулаторного пациента при последнем посещении больного по данному поводу. Учетная единица «обращение» кодируется согласно приложению 6 к настоящему Тарифному Соглашению с указанием всех посещений к специалисту (повторное посещение).

Обращение по поводу заболевания (кроме длительных случаев лечения) формируется из посещений врачей одной специальности, исключение составляют случаи, когда обращение начато педиатром (терапевтом) или врачом-специалистом, а продолжено фельдшером или врачом общей практики (или наоборот) в рамках одной медицинской организации. В данном случае на оплату предъявляется обращение по тарифу специалиста, закрывшего обращение. В остальных случаях консультации специалистов по поводу заболевания формируются в отдельное обращение.

В случае прерванного лечения заболевания в амбулаторных условиях (при однократном посещении) по инициативе пациента, медицинского работника и в иных случаях применяется тариф за посещение с профилактическими и иными целями.

При длительном лечении (более одного месяца) в амбулаторных условиях отдельных нозологических форм заболеваний в рамках острого периода заболевания (травмы, перенесенные состояния ОКС, ОИМК, послеоперационные состояния), а также при наблюдении за беременными при осложнении беременности, формируются реестры счетов и оплата оказанной медицинской помощи за конкретный отчетный период (помесячно), как за обращение по поводу заболевания (при наличии двух или более посещений в текущем месяце, иначе посещение объединяется со следующим месяцем).

В случаях, если в рамках законченного случая лечения заболевания были разовые посещения пациента к врачам других специальностей, в том числе выполненные в соответствии со стандартами /протоколами/

клиническими рекомендациями, указанные посещения формируются в реестрах счетов и оплачиваются по стоимости посещений с профилактическими и иными целями соответствующих врачебных специальностей при обязательном оформлении отдельных талонов на каждое посещение.

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи (посещение, обращение, отдельная услуга) является единым для всех медицинских организаций Республики Мордовия и дифференцируется, по уровню оказания амбулаторной медицинской помощи.

12. Проведение в амбулаторных условиях диспансерного наблюдения пациентов, в том числе диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, исключается из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. При этом единицей объема оказанной медицинской помощи является комплексное посещение, согласно Приложению 33 к настоящему Тарифному Соглашению.

13. Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Расчет стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по врачам-специалистам, не участвующим в подушевом финансировании на прикрепившихся лиц, производится на дату оказания медицинской помощи. Законченный случай амбулаторного лечения (обращение) оплачивается по тарифу, действующему на дату окончания случая.

14. Отдельные медицинские услуги оплачиваются по утвержденным тарифам – по количеству выполненных услуг застрахованным лицам при получении амбулаторной помощи (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования, патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях, ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) и другие) в соответствии с Приложением № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

15. Проведение патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а так же мертворожденных плодов), в патологоанатомических 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, включенных в Территориальную программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патологоанатомических вскрытий пациентов в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патологоанатомическое отделение, оплата патологоанатомических вскрытий осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования по отдельным тарифам, предусмотренным в приложении №22 к настоящему Тарифному соглашению, для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

Отдельные медицинские услуги, оказанные в клиничко-диагностических лабораториях, ГЦР-лабораториях, иммунологических лабораториях медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, финансируются в составе подушевого норматива финансирования.

Оплата проведения консилиумов/комиссий (онкологических, гепатологических, пульмонологических), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными Приложением 6 к настоящему Тарифному Соглашению (при проведении консилиума вне медицинской организации, где больной проходит специализированное стационарное лечение или в амбулаторных условиях).

Комплексное посещение с профилактическими целями Центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема, единицей объема является комплексное посещение. Стоимость комплексного посещения, перечень услуг и время оказания медицинской помощи Центрами здоровья представлены в приложении №36 к настоящему Тарифному соглашению.

16. Для учета стоматологической помощи применяются тарифы стоимости условной единицы трудоемкости (УЕТ). Классификатор основных

медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) является Приложением 7 к настоящему Тарифному Соглашению.

Стоматологическая медицинская помощь должна быть основана на соблюдении принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение, что является наиболее эффективным, так как сокращается время на вызов пациента, подготовку рабочего места, операционного поля, работу с документами и т.д. Среднее количество УЕТ в одном посещении – 4,2 УЕТ.

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».

17. За счет бюджетных ассигнований республиканского бюджета Республики Мордовия осуществляется :

- предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ) в патологоанатомических отделениях многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, (при этом финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования);

- финансовое обеспечение транспортировки тел умерших, включая их доставку из медицинских организаций в патолого - анатомические отделения медицинских организаций (бюро судебно-медицинской экспертизы);

- обеспечение туберкулином и диаскин-тестами в целях проведения туберкулинодиагностики;

- обеспечение иммунобиологическими препаратами (вакцинами и сыворотками) в целях проведения профилактических прививок в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

- проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

- финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, превышающих объемы, установленные в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в размере, превышающем размер

субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение проведения медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 №1130н (зарегистрирован Минюстом России 12.11.2020 №60689), в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях Перинатального центра ГБУЗ РМ «Мордовская республиканская центральная клиническая больница».

18. Оплата на основе подушевого принципа финансирования рассчитывается на одного прикрепившегося к медицинской организации застрахованного для получения первичной медико-санитарной помощи.

При определении ежемесячного объема финансирования конкретной медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь, страховые медицинские организации учитывают численность прикрепившихся застрахованных лиц на основе акта сверки численности и тарифа, установленного на основе подушевого норматива финансирования.

При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются коэффициенты половозрастного состава. Для определения коэффициентов половозрастного состава численность застрахованных лиц в Республике Мордовия распределяется на следующие половозрастные группы (Приложение 20 к настоящему Тарифному Соглашению):

ноль-один год мужчины/женщины;  
 один год-четыре года мужчины/женщины;  
 пять лет-семнадцать лет мужчины/женщины;  
 восемнадцать лет-шестьдесят четыре года мужчины/женщины;  
 шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Подушевое финансирование применяется в части оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население (за исключением неотложной медицинской помощи, профилактических мероприятий, в том числе диспансеризации, диспансерного наблюдения, посещений Цитров здоровья (центров медицины здорового долголетия), расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях, лечебно-диагностических услуг (исследований), согласно Приложению 9 к настоящему Тарифному Соглашению, содержания фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов согласно Приложения 23), следующими специалистами:

- врачами - терапевтами участковыми;
- врачами - педиатрами участковыми;
- врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами хирургами;
- врачами неврологами;
- врачами офтальмологами;
- врачами оториноларингологами;
- врачами акушерами-гинекологами.

В медицинских организациях городского округа Саранск, обслуживающих исключительно детское население: ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №1», ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №2», ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №3», ГБУЗ РМ «Детская поликлиника №4» в расчет подушевого финансирования на прикрепившихся лиц включаются следующие специалисты:

- врач - педиатр участковый;
- врач хирург;
- врач акушер-гинеколог.

Проведение по направлению лечащего врача консультирования медицинским психологом пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования,

включается в подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Проведение по направлению лечащего врача консультирования медицинским психологом пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и/или состоянием, включенным в территориальную программу обязательного медицинского страхования медицинским в рамках межтерриториальных расчетов осуществляется согласно приложению 6 к Тарифному соглашению.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой врачами-специалистами, не включенными в подушевое финансирование, лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Республики Мордовия, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи согласно приложению 6 к настоящему Тарифному Соглашению. Расходы на лабораторные услуги и инструментальные исследования, диагностические услуги включены в тариф медицинских специальностей за посещение/обращение.

Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой всеми врачами (включенными и не включенными в подушевое финансирование) лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи согласно приложению 6 к настоящему Тарифному Соглашению.

**Оказание неотложной помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении круглосуточного стационара с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациентов до 6 часов без последующей госпитализации.**

19. Тариф неотложной помощи в приемном/приемно-диагностическом отделении круглосуточного стационара с проведением лечебно-диагностических мероприятий и наблюдением за состоянием здоровья пациента до 6 часов без последующей госпитализации применяется в случае пребывания пациента в приемном/приемно-диагностическом отделении круглосуточного стационара до 6 часов без последующей госпитализации и оказания неотложной медицинской помощи, выполнения дополнительных лабораторно-инструментальных методов исследования и динамического наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется за единицу объема по тарифу, согласно Приложению №6 к настоящему Тарифному соглашению.

Оказание неотложной помощи в приемном покое медицинской организации в случае последующей госпитализации пациента в данную медицинскую организацию учитывается в стоимости соответствующей клинико-статистической группы (КСГ) и отдельной оплате не подлежит.

В случае необходимости дополнительного проведения КТ/МРТ-исследования при оказании неотложной помощи в приемном покое, данная услуга подлежит оплате по тарифу согласно Приложению №9 к настоящему Тарифному соглашению.

### **Оказание медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами территории Республики Мордовия.**

20. Оплата первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказанной в плановой форме гражданам, застрахованным по ОМС за пределами территории Республики Мордовия в рамках базовой программы ОМС осуществляется при наличии прикрепления (принятия гражданина на медицинское обслуживание) к выбранной медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь.

Оплата специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в плановой форме гражданам, застрахованным по ОМС за пределами территории Республики Мордовия в рамках базовой программы ОМС осуществляется при наличии прикрепления (принятия гражданина на медицинское обслуживание) к выбранной медицинской организации и по направлению на оказание специализированной медицинской помощи, выданному ему лечащим врачом данной медицинской организации.

Выбор гражданином медицинской организации осуществляется в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и от 14.04.2025 № 215н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи».

### **Оплата по подушевому финансированию с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации.**

21. 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, определяется доля средств от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом балльной оценки.

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по подушевому принципу рассчитывается как произведение численности прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца и тарифа на основе подушевого норматива финансирования - по следующей формуле:

$$ОФ_{max} = Арез \times (N_i \times T_{под}) \div 0,90 \times N \times T_{под}, \text{ где}$$

$ОФ_{max}$  - ежемесячный объем финансирования медицинских организаций;

$N_i$  - численность прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца;

$T_{под}$  - тариф на основе подушевого норматива финансирования.

0,90 (90%) доля подушевого норматива финансирования, направляемого в медицинские организации без учета выполнения показателей результативности деятельности, согласно приложению 27 к настоящему Тарифному соглашению;

$Арез$  - доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности, значение

$Арез \leq 0,10$  (10%) рассчитывается согласно приложению 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения по подушевому финансированию рассчитывается ежемесячно на основании утвержденного тарифа на основе подушевого норматива финансирования и выполнения показателей результативности деятельности медицинской организации.

Показатели результативности деятельности медицинской организации оценивают смертность прикрепленного населения, эффективность проведения профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения по

детскому и взрослому населению, оказание акушерско-гинекологической помощи.

Источником информации для расчета показателей являются персонифицированные реестры оказанной медицинской помощи застрахованным лицам, а также данные Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

Размер средств, направляемых на осуществление выплат стимулирующего характера всем медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за выполнение показателей результативности, в 2026 году составляет 86 255,8 тыс. рублей или 0,1 процента от базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи (10,57 руб. в месяц на 1 застрахованное лицо). Направление финансовых средств в медицинские организации осуществляется по итогам года.

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

Перечень показателей результативности медицинских организаций при выполнении Территориальной программы обязательного медицинского страхования, финансируемых по подушевому нормативу финансирования, перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций, и порядок применения показателей результативности и расчета объема средств, направляемых в медицинские организации по итогам оценки достижения показателей результативности деятельности медицинских организаций, представлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

Значения показателей результативности деятельности медицинских организаций для конкретных организаций установлены в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью выплат стимулирующего характера, осуществляется Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования на основании данных, представленных в ее адрес.

Каждый показатель, включенный в Блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Показатели результативности, включенные в блок 4 «Оценка качества оказания медицинской помощи» могут иметь отрицательные значения, при этом баллы вычитаются из количества баллов, набранных медицинской организацией по четвертому блоку показателей.

При достижении отрицательного количества баллов по четвертому блоку при подсчете общей суммы баллов по медицинской организации принять значение баллов по четвертому блоку равным нулю. Максимально возможная сумма баллов по каждому Блоку составляет: Блок 1 (взрослое население) - 35 баллов, Блок 2 (детское население) - 35 баллов, Блок 3 (женское население) - 35 баллов, Блок 4 (оценка качества медицинской помощи) - 35 баллов.

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.

Решением Комиссии устанавливаются:

-перечень медицинских организаций, достигших целевых значений показателей результативности по Блокам 1, 2, 3, 4 установленных приложениями №27, №32 к настоящему Тарифному соглашению;

-общий объем средств, подлежащий направлению каждой медицинской организации за достижение целевых значений показателей результативности, в том числе по принадлежности страхования застрахованных лиц.

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

**I часть** – распределение 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, выполнивших не менее 40% показателей результативности (то есть набравших не менее 40% от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{РД}^j}{\sum Числ_i^j}, \text{ где:}$$

$OC_{РД(нас)}^j$  – объем средств, используемый при распределении 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленного, рублей;

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

$\sum Числ_i^j$  – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той

медицинской организации, выполнившей не менее 40% показателей результативности, человек.

В качестве численности прикрепленного населения к конкретной медицинской организации рекомендуется использовать среднюю численность за период:

$$\text{Числ}_i^j = \frac{\text{Ч}_{\text{мес}1} + \text{Ч}_{\text{мес}2} + \dots + \text{Ч}_{\text{мес}11} + \text{Ч}_{\text{мес}12}}{12}, \text{ где:}$$

$\text{Ч}_{\text{мес}}$  среднегодовая численность прикрепленного населения к  $i$ -той медицинской организации в  $j$ -м году, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}1}$  численность прикрепленного населения к  $i$ -той медицинской организации по состоянию на 1 число первого месяца  $j$ -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}2}$  численность прикрепленного населения к  $i$ -той медицинской организации по состоянию на 1 число второго месяца года, следующего за  $j$ -тым, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}11}$  численность прикрепленного населения к  $i$ -той медицинской организации по состоянию на 1 число одиннадцатого месяца  $j$ -го года, человек;

$\text{Ч}_{\text{мес}12}$  численность прикрепленного населения к  $i$ -той медицинской организации по состоянию на 1 число двенадцатого месяца  $j$ -го года, человек.

Объем средств, направляемый в  $i$ -ю медицинскую организацию, выполнившую не менее 40% показателей результативности, за  $j$ -тый период при распределении 70% от объема средств на стимулирование медицинских организаций ( $\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j$ ), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j = \text{ОС}_{\text{РД(нас)}}^j \times \text{Числ}_i^j.$$

**2 часть** – распределение 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций, выполнивших не менее 60% показателей результативности (то есть набравших не менее 60% от максимального количества баллов для данной медицинской организации) с учетом количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j = \frac{0,3 \times \text{ОС}_{\text{РД}}^j}{\sum \text{Балл}_i^j}, \text{ где:}$$

$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j$  – объем средств, используемый при распределении 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций за  $j$ -ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РД}}^j$  – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за  $j$ -ый период, рублей;

$\text{Балл}_i^j$  — количество баллов, набранных в  $j$ -м периоде  $i$ -й медицинской организацией, выполнившей не менее 60% показателей результативности, баллов.

Объем средств, направляемый в  $i$ -ю медицинскую организацию, выполнившую не менее 60% показателей результативности, за  $j$ -тый период при распределении 30% от объема средств на стимулирование медицинских организаций ( $\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j$ ), рассчитывается следующим образом:

$$\text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j = \text{ОС}_{\text{РД(балл)}}^j \times \text{Балл}_i^j.$$

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 выплаты по итогам достижения показателей результативности в медицинскую организацию за  $j$ -тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, и для медицинских организаций, выполнивших менее 40% показателей результативности за  $j$ -тый период, равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится в полном объеме при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее — показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии 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 (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

Стимулирующие выплаты медицинским работникам конкретных медицинских организаций за достижение показателей результативности устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными

нормативными актами, заключаемыми в соответствии с трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права и регулирующими системы оплаты труда в медицинских организациях, в том числе системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования и осуществляются по итогам года.

22. Финансирование медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, включает в себя:

- средства, полученные по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, согласно Акту сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации;

- оплату медицинской помощи, оказанной врачами специалистами, не включенными в подушевое финансирование;

- оплату стоматологической помощи, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ);

- оплату медицинских услуг, оказанных в Центрах здоровья (Центрах медицины здорового долголетия);

- оплату комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- оплату случаев диспансерного наблюдения;

- оплату случаев дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов;

- оплату отдельных медицинских услуг по тарифам;

- оплату медицинской помощи, оказанной в неотложной форме;

- средства, полученные по нормативу финансирования структурного подразделения (при наличии фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов);

- оплату медицинских услуг лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Республики Мордовия (в рамках межтерриториальных расчетов).

Стоимость лабораторных медицинских услуг включена в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, стоимость единицы услуги (прием врача) и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ.

В случае невозможности осуществления медицинской организацией отдельных видов лабораторных исследований, необходимых застрахованному лицу при получении

амбулаторной/стационарной/стационарозамещающей помощи, данные исследования проводятся на базе другой медицинской организации (независимо от формы собственности) и подлежат оплате на основании заключенного между медицинскими организациями договора.

Оплата медицинской помощи производится ежемесячно страховыми медицинскими организациями и территориальным фондом, в установленном порядке, после проведения медико-экономического контроля (МЭК), с учетом результатов медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП).

Оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Республики Мордовия лицам, застрахованным по ОМС за ее пределами, осуществляется по тарифам, действующим на момент оказания медицинской помощи.

**Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования.**

-обращения по поводу заболевания в амбулаторных условиях к врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам – специалистам, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры (за исключением школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе школ сахарного диабета), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами оказания медицинской помощи и клиническими рекомендациями;

-посещения с профилактическими и иными целями, в том числе разовые посещения в связи с заболеванием, включающие расходы, связанные с проведением необходимых лабораторных и диагностических исследований, а также медицинских услуг во вспомогательных кабинетах физиотерапии и лечебной физкультуры (за исключением школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе школы сахарного диабета), в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями;

-проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся

заболеванием и/или состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

**Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования.**

-медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС;

-медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями, не имеющими прикрепившихся лиц;

-стоматологическая медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях;

-отдельные диагностические (лабораторные) исследования - компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия, ультразвуковые исследования 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, неинвазивное пренатальное исследование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС);

-посещения с профилактическими целями Центров здоровья (Центров медицины здорового долголетия);

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

-исотложная медицинская помощь;

-услуги диализа, проводимые в амбулаторных условиях;

-проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и взрослого населения;

-проведение диспансеризации взрослого населения (1-2 этапы);

-проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (1-2 этапы);

-проведение диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация»;

- оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением медицинских организаций, имеющих прикрепленное население;

- проведение дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов;

- проведение диспансерного наблюдения, в том числе детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, диспансерного наблюдения работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и обучающихся в образовательных организациях;

- финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов.

#### **Оплата проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризация.**

23. Проведение профилактического медицинского осмотра, в том числе в рамках диспансеризации, включая диспансеризацию лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья осуществляется в соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ от 27.04.2021 №404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 14.04.2025 №211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы №030-ПО/У «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения n 030-ПО/О «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних, порядка ее заполнения», от 14.04.2025 №212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы №030/У-Д/С, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/О-Д/С, порядка ее заполнения», от 21.04.2022 №275н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью».

Тарифы на оплату профилактических осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая диспансеризацию лиц репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья, установлены Приложениями №10, 11, 25 к настоящему Тарифному Соглашению.

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения), в том числе населению репродуктивного возраста для оценки репродуктивного здоровья и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с частью 4 статьи 46 Федерального закона № 323-ФЗ.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

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

Диспансеризация проводится:

- 1) 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно;
- 2) ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая:

а) инвалидов Великой Отечественной войны и инвалидов боевых действий, а также участников Великой Отечественной войны, ставших инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

б) лиц, награжденных знаком «Жителю блокадного Ленинграда» и признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

в) бывших несовершеннолетних узников концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период второй мировой войны, признанных инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья и других причин (за исключением лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий);

г) работающих граждан, не достигших возраста, дающего право на назначение пенсии по старости, в том числе досрочно, в течение пяти лет до наступления такого возраста и работающих граждан, являющихся получателями пенсии по старости или пенсии за выслугу лет.

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными 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 анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с приложением № 2 к Порядку проведения диспансеризации «Перечень мероприятий скрининга и методов исследований, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний» (далее - Онкоскрининг).

При проведении застрахованному лицу 1 и 2 этапа диспансеризации представление медицинскими организациями электронных реестров счетов осуществляется одновременно по окончании второго этапа (в рамках одного отчетного периода).

При проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, согласно приказу Минздрава России от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030/о-Д/с, порядка ее заполнения» оплата производится за законченный случай.

При проведении медицинских осмотров несовершеннолетних, согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 211н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения» оплата производится за законченный случай.

Профилактические осмотры несовершеннолетних проводятся медицинскими организациями в год достижения ребенком соответствующего возраста, указанного в перечне исследований. Профилактический осмотр несовершеннолетних является завершенным в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения всех исследований, включенных согласно Приложению 11 настоящего Тарифного Соглашения

Законченным случаем осмотра несовершеннолетних считается случай

профилактического осмотра детей первых 2-х лет по достижению календарного месяца, то есть осмотр должен быть проведен после дня достижения возраста. В возрасте от 3-х лет до 17 лет – законченным случаем считается случай профилактического осмотра в календарный год, независимо от месяца рождения, то есть осмотр может быть проведен до или после даты рождения.

Для несовершеннолетних лиц в возрасте 17-ти лет допускается прохождение профилактического медицинского осмотра в год наступления восемнадцатилетия, до даты достижения возраста «18 лет», в случае не прохождения ими профилактического осмотра в объеме, соответствующему семнадцатилетнему возрасту, ранее.

Объем оказанных медицинских услуг при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних входит в объемы оказания амбулаторно-поликлинической помощи, установленные Комиссией по разработке территориальной программы ОМС Республики Мордовия.

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

Сведения о застрахованных лицах, включенных в списки для проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения (с учетом пола и возраста) формируются на основании данных, внесенных медицинскими организациями в автоматизированную информационную систему «ИМЦ ТФОМС Республики Мордовия» (АИС «ИМЦ ТФОМСРМ»).

При проведении диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин единицей объема является комплексное посещение, согласно Приложению 25 к настоящему Тарифному Соглашению, оплата осуществляется за комплексное посещение в рамках первого этапа с учетом пола.

Первый этап диспансеризации женщин проводится в любой день менструального цикла, кроме периода менструального кровотечения, 1 раз в год (кроме цитологического исследования микропрепарата с шейки матки и цервикального канала) всем женщинам 18 - 49 лет и включает следующие медицинские услуги:

1. Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный (B01.001.001), который включает:

1.1. Оценку репродуктивного здоровья и репродуктивных установок с помощью вопросника - анамнестической анкеты для женщин 18 - 49 лет, гинекологический осмотр с визуальным осмотром наружных половых органов, осмотром влагалища и шейки матки в зеркалах с забором материала на исследование, бимануальным влагалищным исследованием;

1.2. Пальпацию молочных желез и визуальное исследование молочных желез;

1.3. Индивидуальное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей.

2. Микроскопическое исследование влагалищных мазков (A12.20.001), определение концентрации водородных ионов (pH) отделяемого слизистой оболочки влагалища (A09.20.011).

3. У женщин в возрасте 18 - 29 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом полимеразной цепной реакции (далее - ПЦР), которое включает: определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР (A26.20.034.001).

4. У женщин в возрасте 21 - 49 лет один раз в пять лет - определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР (A26.20.009.004), а также жидкостное цитологическое исследование микропрепарата шейки матки при положительном результате анализа на ВПЧ (A08.20.017.002)

Второй этап диспансеризации у женщин 18 - 49 лет проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний.

Второй этап диспансеризации включает следующие медицинские услуги:

1. У женщин в возрасте 30 - 49 лет - лабораторное исследование мазков в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом ПЦР, которое включает:

1.1. Определение ДНК возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*) в отделяемом слизистых женских половых органов методом ПЦР (A26.20.034.001);

1.2. Определение ДНК вирусов папилломы человека (*Papilloma virus*) высокого канцерогенного риска в отделяемом (соскобе) из цервикального канала методом ПЦР, качественное исследование (A26.20.009.002) 1 раз в 5 лет (30, 35, 40, 45 лет).

2. УЗИ матки и придатков трансвагинальное (A04.20.001.001) в 1-й фазе менструального цикла (при наличии); при невозможности проведения трансвагинального исследования по медицинским показаниям (пороки развития влагалища, *virgo*), а также при наличии медицинских показаний для расширения исследования - УЗИ матки и придатков трансабдоминальное (A04.20.001).

3. УЗИ молочных желез (A04.20.002) в 1-й фазе менструального цикла (при наличии) для адекватной трактовки результатов инструментальной диагностики и последующей маршрутизации пациенток. Дополнительно оценивается состояние регионарных лимфоузлов.

4. Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога повторный (B01.001.002), который включает:

- индивидуальное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивных установок и мотивации на рождение детей;
- гинекологический осмотр при необходимости в зависимости от выявленного заболевания (состояния);
- установление (уточнение) диагноза;
- определение (уточнение) группы здоровья;
- определение группы диспансерного наблюдения;
- направление при наличии медицинских показаний на дополнительное обследование, не входящее в объем диспансеризации, в том числе, направление на осмотр (консультацию) врача-онколога при подозрении на онкологические заболевания, а также для получения специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение.

Первый этап диспансеризации мужчин по оценке репродуктивного здоровья проводится мужчинам в возрасте 18 - 49 лет и включает в себя прием (осмотр, консультация) врача-уролога (B01.053.001) (при его

отсутствии врача-хирурга (B01.057.001), прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья). Проводится осмотр пациента, оцениваются данные анамнестической анкеты, жалоб и клиничко-анамнестических данных, проводится консультирование по вопросам репродуктивного здоровья.

Второй этап диспансеризации у мужчин проводится по результатам первого этапа в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и при наличии показаний.

В рамках второго этапа диспансеризации мужчины репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья выполняются следующие виды исследований:

- спермограмма (B03.053.002).
- микроскопическое исследование микрофлоры или проведение лабораторных исследований в целях выявления возбудителей инфекционных заболеваний органов малого таза методом ПЦР. В качестве биологического материала допускается использовать эякулят, отделяемое из уретры (соскоб из уретры), первую порцию мочи, секрет предстательной железы.
- УЗИ предстательной железы допускается выполнение как трансабдоминального (A04.21.001), так и трансректального (A04.21.001.001) исследования.
- УЗИ органов мошонки (A04.28.003).

В целях прохождения диспансеризации лица из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, в нуждаемости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц, проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, могут быть госпитализированы на срок до 3 дней в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь и оснащенную медицинскими изделиями и оборудованием, а также имеющую укомплектованный штат медицинских работников, необходимых для проведения профилактического медицинского осмотра или первого и второго этапов диспансеризации.

Оплата диспансеризации, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого

населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Оплата диспансерного наблюдения.**

24. Финансовое обеспечение 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 от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрирован в Минюсте России 21 апреля 2022 г. №68288), Минздрава России от 16.05.2019 № 302н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость лабораторных и диагностических исследований, в объеме не менее, предусмотренных порядками проведения диспансерного наблюдения от 15 марта 2022 г. №168н, от 16.05.2019 № 302н.

Тарифы на оплату диспансерного наблюдения устанавливаются дифференцировано в зависимости от профиля врача, проводящего диспансерное наблюдение согласно Приложению 33 к настоящему Тарифному Соглашению.

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом-терапевтом, врачом специалистом, врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья, врачом общей практики (семейным врачом) включает:

- 1) оценку состояния застрахованного лица, сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных и инструментальных исследований;
- 2) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 3) оценку приверженности лечению и эффективности ранее назначенного лечения, достижения целевых значений показателей состояния

здоровья, необходимую коррекцию проводимого лечения, а также повышение мотивации пациента к лечению;

4) проведение краткого профилактического консультирования и разъяснение лицу с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) или их осложнения, а также лицам, совместно с ним проживающим, правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи;

5) назначение по медицинским показаниям дополнительных профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий, в том числе направление пациента в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в отделение (кабинет) медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углубленного профилактического консультирования (индивидуального или группового).

Наличие медицинских показаний для проведения диспансерного наблюдения, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), длительность диспансерного наблюдения, объем профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются в соответствии с Приказом Минздрава России от 15.03.2022 № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», с учетом стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций.

При проведении диспансерного наблюдения учитываются рекомендации врачей-специалистов, содержащиеся в медицинской документации пациента/несовершеннолетнего, в том числе вынесенные по результатам оказания медицинской помощи в стационарных условиях, а также проведенного профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего.

Наличие оснований для проведения диспансерного наблюдения несовершеннолетних, группа диспансерного наблюдения, его длительность, периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций), объем обследования, профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий определяются в соответствии с порядками оказания медицинской помощи по отдельным ее профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний), на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, а также состояния

здоровья несовершеннолетнего, стадии, степени выраженности и индивидуальных особенностей течения заболевания (состояния).

Диспансерный прием (осмотр, консультация) врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом), врачом-специалистом (по профилю заболевания (состояния) несовершеннолетнего) включает:

- 1) оценку состояния несовершеннолетнего, сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование;
- 2) назначение и оценку лабораторных, инструментальных и иных исследований;
- 3) установление или уточнение диагноза заболевания (состояния);
- 4) проведение профилактического консультирования, включающего рекомендации по индивидуальным особенностям здорового образа жизни при заболевании, которым страдает несовершеннолетний;
- 5) назначение по медицинским показаниям профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, включая направление несовершеннолетнего в медицинскую организацию, оказывающую специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь, на санаторно-курортное лечение, в центр здоровья для детей для проведения углубленного индивидуального профилактического консультирования и (или) группового профилактического консультирования (школа пациента);
- 6) разъяснение несовершеннолетнему с высоким риском развития угрожающего жизни заболевания (состояния) или его осложнения, а также его законному представителю правил действий при их развитии и необходимости своевременного вызова скорой медицинской помощи.

Сведения о диспансерном наблюдении вносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма №025/у-04)/в медицинскую документацию несовершеннолетнего, а также в учетную форму № 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения», за исключением случаев заполнения контрольных карт на заболевания по профилям онкология, дерматология, стоматология и ортодонтия, и других случаев, когда законодательством Российской Федерации предусмотрено заполнение специальных карт диспансерного наблюдения за лицами с отдельными заболеваниями или состояниями (группами заболеваний или состояний).

Для диспансерных больных - обязательно наличие эпикриза взятия на диспансерный учет и плана лечебно-профилактических мероприятий на год. В годовых эпикризах и записях диспансерного осмотра отражается динамика,

выполнение плана реабилитации и результат (ухудшение - выход на инвалидность, улучшение, без перемен).

В соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми медицинский работник медицинской организации, где пациент получает первичную медико-санитарную помощь, при проведении диспансерного наблюдения осуществляет при необходимости дистанционное наблюдение за пациентами в соответствии с порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Дистанционное наблюдение назначается лечащим врачом, включая программу и порядок дистанционного наблюдения, по результатам очного приема (осмотра, консультации) и установления диагноза.

Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом осуществляется с использованием единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, и (или) государственной информационной системы в сфере здравоохранения Республики Мордовия, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем. В рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется согласно Приложению 37.

Оплата осуществляется за 1 месяц дистанционного наблюдения. Критерии отбора пациентов для дистанционного наблюдения с артериальной гипертензией:

1. установлено диспансерное наблюдение по коду МКБ I10-I13
2. неконтролируемая АГ (например, на очном приеме зафиксировано систолическое АД выше 140 мм рт. ст. и/или диастолическое АД выше 90 мм рт. ст.)
3. коморбидный пациент (сопутствующий диагноз из перечня I20-I25, I60-I69, I42, I48-I50, E10-E14, N17-N19)

Критерии отбора пациентов для дистанционного наблюдения сахарным диабетом:

- 1 группа: пациенты с СД 1 типа (коды по МКБ-10 E10.2-E10.9), состоящие на диспансерном наблюдении и имеющие показатель уровня гликированного гемоглобина выше или равно 7,0% (декомпенсация),
- 2 группа: пациенты с СД 2 типа (коды по МКБ-10 E11.2-E11.9), состоящие на диспансерном наблюдении и имеющие показатель уровня гликированного гемоглобина выше или равно 7,0% (декомпенсация).

Тарифы 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 (в среднем за год): по артериальной гипертензии - 3,6299 месяца, по сахарному диабету - 12,0 месяцев.

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

25. Тарифным соглашением устанавливаются базовые тарифы на оплату услуг диализа, в соответствии с Приложением 8 к Тарифному соглашению, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов и включающие в себя расходы, определенные частью 7 статьи 35 Федерального закона №326-ФЗ.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перитонеального диализа, обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников (кроме средств ОМС).

При оказании медицинской помощи пациентам в части диализа в стационарных условиях – оплата осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

При проведении гемодиализа и перитонеального диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну процедуру гемодиализа и день обмена перитонеального диализа. Базовый тариф на оплату диализа:

код услуги А18.05.002 - «Гемодиализ» - 5 930,30 рублей,

код услуги А18.30.001 – «Перитонеальный диализ» - 4 633,70 рублей.

При оплате других услуг диализа (гемодиализация, гемофильтрация крови продленная и т.д.) применяются коэффициенты относительной затроемкости, представленные в Приложении 8 к настоящему Тарифному Соглашению.

В случае выполнения диализа в условиях круглосуточного стационара при сепсисе, септическом шоке, полиорганной недостаточности, печеночной недостаточности, острых отравлениях, остром некротическом панкреатите, остром рабдомиолизе и других миоглобинурических синдромах, парапротейнемических гемобластозах, жизнеугрожающих обострениях аутоиммунных заболеваний, дополнительно к стоимости КСГ оплачиваются:

А18.05.002.001 Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный

A18.05.011 Гемодиафильтрация  
 A18.05.002.005 Гемодиализ продолжительный  
 A18.05.003.002 Гемофильтрация крови продолжительная  
 A18.05.011.002 Гемодиафильтрация продолжительная  
 A18.30.001 Перитонеальный диализ  
 A18.30.001.002 Перитонеальный диализ с использованием  
 автоматизированных технологий.

### **Медицинская реабилитация в амбулаторно –поликлинических условиях.**

26. Лечение по профилю медицинская реабилитация в амбулаторно –  
 поликлинических условиях проводится в медицинских организациях и  
 структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию  
 на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская  
 реабилитация», осуществляется по направлению врача-терапевта (врача-  
 терапевта участкового), врача общей практики (семейного врача), врача-  
 специалиста, или по направлению лечащего врача медицинской организации,  
 осуществляющей медицинскую реабилитацию на первом и (или) втором  
 этапах.

Мероприятия по медицинской реабилитации на амбулаторном этапе  
 проводится не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не  
 менее 3 часов.

При реализации мероприятий по медицинской реабилитации  
 осуществляется формирование и реализация индивидуального плана  
 медицинской реабилитации (далее - ИПМР). По завершении курса  
 медицинской реабилитации составляется заключение (реабилитационный  
 эпикриз), содержащее реабилитационный диагноз, итоги реализации ИПМР с  
 описанием достигнутой динамики в состоянии пациента, оценку по шкале  
 реабилитационной маршрутизации (далее - ШРМ), рекомендации по  
 дальнейшей тактике ведения пациента.

Оплата за комплексное посещение подлежит законченный случай  
 медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций  
 специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных  
 программами реабилитации и оплачивается согласно приложению №31 к  
 настоящему Тарифному соглашению.

Обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по  
 профилю «медицинская реабилитация» - это законченный случай лечения в  
 амбулаторно-поликлинических условиях с кратностью посещений не менее  
 12 по поводу одного заболевания в одном комплексном посещении,

включающем посещения к врачам – специалистам и услуги, оказываемые средним медицинским персоналом, в том числе медицинской сестрой по физиотерапии, медицинской сестрой по массажу, инструктором по лечебной физкультуре, медицинской сестрой процедурной.

**Школы для пациентов с хроническими заболеваниями,  
школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания.**

27. Организация и проведение Школ для пациентов с хроническими заболеваниями, для беременных и по вопросам грудного вскармливания оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

Оплата комплексных посещений школ для пациентов с хроническими заболеваниями, для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования - за единицу объема (комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий, а также проверку дневников самоконтроля), в соответствии с Приложением 28 к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия «О маршрутизации населения при оказании медицинской помощи по профилю «эндокринология» и «детская эндокринология» для прохождения терапевтического обучения в «Школе для пациентов с сахарным диабетом», оплата посещений школы сахарного диабета (взрослые, дети) осуществляется за единицу объема медицинской помощи (одно занятие) в группе пациентов (до 10 пациентов в группе) вне подушевого норматива финансирования, по стоимости согласно Приложению 28 к настоящему Тарифному Соглашению.

Для детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа первичное обучение осуществляется в условиях круглосуточного стационара. Повторное обучение проводится каждый год.

Учет случаев посещений школы сахарного диабета (взрослые, дети) осуществляется медицинской организацией по форме учета выполнения медицинской услуги В04.012.001 – «Школа для пациентов с сахарным диабетом» для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с внесением соответствующих данных в первичную медицинскую документацию (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, историю болезни пациента круглосуточного стационара) и регистр счетов на оплату медицинской помощи за отчетный месяц.

Комплексное посещение пациентом Школы для больных с

хроническими заболеваниями и для беременных по вопросам грудного вскармливания (далее – Школы) в амбулаторных условиях включает 3 занятия продолжительностью не менее 40 минут (в группе не более 10 пациентов). Допускается посещение пациентом Школы во время прохождения лечения в дневном стационаре.

Оплата посещений Школы осуществляется за единицу объема (комплексное посещение, включающее 3 занятия на дату проведения последнего занятия) вне подушевого норматива финансирования, согласно приложению 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Учет случаев посещений Школы осуществляется медицинской организацией по форме учета выполнения соответствующих медицинских услуг для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях с внесением соответствующих данных в первичную медицинскую документацию (медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях) и реестр счетов на оплату медицинской помощи за отчетный месяц.

Школа для больных с артериальной гипертензией – код медицинской услуги В04.015.001.

Школа для больных с бронхиальной астмой и ХОБЛ - код медицинской услуги В04.037.003

Школа для больных с избыточной массой тела, ожирением и метаболическим синдромом - код медицинской услуги В05.069.008

Школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания – код медицинской услуги В04.001.003.

### **Медицинская помощь в Центрах здоровья (в Центрах медицины здорового долголетия).**

28. Комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема.

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.

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 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 № 36, направленных на:

выявление признаков преждевременной активации механизмов старения и предрисков;

выявление факторов риска развития заболеваний.

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

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

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

Если в течение предыдущих 6 месяцев обратившийся гражданин уже проходил исследования, указанные в приложении № 36, 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.

Таким образом, в рамках выявления предрисков и факторов риска развития заболеваний проводится:

Первичное посещение (индивидуальное углубленное профилактическое консультирование и разработка индивидуальной программы по ведению здорового образа жизни, рекомендация индивидуальной программы здорового питания)

Первый диспансерный прием (повторное посещение с применением телемедицинских технологий), услуга выполняется через 3 месяца с момента постановки на диспансерное наблюдение

Второй диспансерный прием (повторное посещение), услуга выполняется через 6 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение.

Третий диспансерный прием (повторное посещение), услуга выполняется через 12 месяцев с момента постановки на диспансерное наблюдение.

В рамках выявления изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения проводится:

1 этап - анкетирование и исследования, направленные на определение биологического возраста.

2 этап - исследования в рамках программы, направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения (по результатам 1 этапа).

В целях оплаты проведенных исследований установлены дифференцированные тарифы с учетом этапности обследования и объема проводимых исследований, включенных в соответствующие Программы исследований, указанные в приложении № 36.

### **3.2. Медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях.**

29. Для оказания в стационаре медицинской помощи, устанавливается способ оплаты - законченный случай лечения заболевания на основе клинико-статистической группы (КСГ), в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в стационарных

условиях в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2026 год составляет 8 910,80 рубля (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2025 года в количестве 680 036 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в сумме 6 059 662,9 тыс. рублей (с учетом медицинской реабилитации и высокотехнологичной медицинской помощи).

30. В качестве основных критериев группировки используются код диагноза в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем 10-го пересмотра» (МКБ-10) и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденных приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-эффективность лечения пациентов:

- а. Диагноз (код по МКБ 10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- в. Схема лекарственного лечения;
- г. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;
- д. Возрастная категория пациента;
- е. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- ж. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на

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

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

и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к. Пол;

л. Длительность лечения;

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

н. Показания к применению лекарственного препарата;

о. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;

п. Степень тяжести заболевания;

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

Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ (за исключением схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)) установлен Приложением 30.

Базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи определяется исходя из следующих параметров:

-объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);

-общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);

-среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ (СПК).

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (БС)) устанавливается на 2026 год настоящим Тарифным соглашением в размере 34 133,51 рублей.

Частота случаев госпитализации по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере

обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, осуществляемого в соответствии с главой 10 Федерального закона Российской Федерации от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», с учетом запланированных изменений структуры госпитализаций, в том числе в рамках уточнения схем маршрутизации пациентов.

При расчете стоимости оказанной медицинской помощи стоимость суммы услуг и стоимость случая арифметически округляется до двух десятичных знаков после запятой.

31. При оплате стационарной помощи по законченному случаю на основе клинико-статистических групп применяются следующие коэффициенты:

$КС_{КСГ}$  - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации.  $КС_{КСГ}$  применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи в Республике Мордовия.

$КУС_{МО}$  - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях оказания медицинской помощи, а также оказания медицинских услуг с применением телемедицинских технологий.

Для медицинских организаций первого уровня оказания медицинской помощи коэффициент  $КУС_{МО}$  устанавливается в размере 0,9; для медицинских организаций второго уровня 1,05 (подуровня 2.1 – 1,05, для подуровня 2.2. – 1,1), для медицинских организаций третьего уровня оказания медицинской помощи – 1,25 (приложения 2 и 3 к настоящему Тарифному Соглашению).

$КСЛП$  - коэффициент сложности лечения пациентов, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливаемый в отдельных случаях (приложение 4 к настоящему Тарифному Соглашению). В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких  $КСЛП$ , итоговое значение  $КСЛП$  рассчитывается путем суммирования соответствующих  $КСЛП$ .

Коэффициент сложности лечения пациента учитываются при расчете стоимости пребывания пациента в круглосуточном стационаре, в стационаре дневного пребывания.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе

стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ.

**Порядок оплаты прерванных и сверхкоротких случаев лечения в круглосуточном стационаре.**

32. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в круглосуточном стационаре относятся:

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

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных в расшифровке клинико-статистических групп заболеваний для оплаты

медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (расшифровки КСГ размещен в электронном виде на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия в сети Интернет).

**Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения в круглосуточном стационаре до 3 дней включительно**

| Код КСГ                 | Наименование КСГ                                                                                                               |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| В стационарных условиях |                                                                                                                                |
| st02.001                | Осложнения, связанные с беременностью                                                                                          |
| st02.002                | Беременность, закончившаяся абортным исходом                                                                                   |
| st02.003                | Родоразрешение                                                                                                                 |
| st02.004                | Кесарево сечение                                                                                                               |
| st02.010                | Операции на женских половых органах (уровень 1)                                                                                |
| st02.011                | Операции на женских половых органах (уровень 2)                                                                                |
| st02.015                | Операции на женских половых органах (уровень 5)                                                                                |
| st02.016                | Операции на женских половых органах (уровень 6)                                                                                |
| st02.017                | Операции на женских половых органах (уровень 7)                                                                                |
| st03.002                | Ангioneвротический отек, анафилактический шок                                                                                  |
| st05.008                | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе *                                             |
| st08.001                | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети * |
| st08.002                | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети *                                                                               |
| st08.003                | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети *                     |
| st09.011                | Операции на почках и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)                                                               |
| st10.008                | Другие операции на органах брюшной полости, дети                                                                               |
| st12.010                | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей с осложнениями, взрослые                                                      |
| st12.011                | Респираторные инфекции верхних дыхательных путей, дети                                                                         |
| st14.002                | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)                                                                           |
| st14.004                | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)                                                                           |
| st15.008                | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) *                                                 |
| st15.009                | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) *                                                 |
| st16.005                | Сотрясение головного мозга                                                                                                     |
| st19.007                | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)                                    |
| st19.038                | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной                                                                    |



| Код КСГ  | Наименование КСГ                                                                                                                  |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| st19.196 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 15) *      |
| st19.197 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 16) *      |
| st19.198 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 17) *      |
| st19.199 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 18) *      |
| st19.200 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 19) *      |
| st19.201 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 20) *      |
| st19.202 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 21) *      |
| st19.082 | Лучевая терапия (уровень 8)                                                                                                       |
| st19.090 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)                                      |
| st19.094 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)                                                 |
| st19.097 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1) |
| st19.100 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 4) |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)                                        |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)                                        |
| st20.010 | Замена речевого процессора                                                                                                        |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1)                                                                                             |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2)                                                                                             |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3)                                                                                             |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4)                                                                                             |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5)                                                                                             |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6)                                                                                             |

| Код КСГ  | Наименование КСГ                                                                                                                        |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)                                                                       |
| st21.010 | Интравитреальное введение лекарственных препаратов                                                                                      |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы                                                                                |
| st27.012 | Отравления и другие воздействия внешних причин                                                                                          |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)                                                                               |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)                                                                     |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)                                                                     |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)                                                                     |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)                                                                     |
| st30.016 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)                                                                     |
| st31.017 | Доброкачественные новообразования, новообразования in situ кожи, жировой ткани и другие болезни кожи                                    |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)                                                                           |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)                                                                                  |
| st32.020 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4)                                                                                  |
| st32.021 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5)                                                                                  |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)                                                                                             |
| st36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина <*>                                                                        |
| st36.007 | Установка, замена, заправка помп для лекарственных препаратов                                                                           |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови                                                                                                                     |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация                                                                                               |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация                                                                                               |
| st36.024 | Радиойодтерапия                                                                                                                         |
| st36.025 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)                                                  |
| st36.026 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)                                                  |
| st36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1) * |
| st36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 2) * |
| st36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов                          |



| Код КСГ  | Наименование КСГ                                                                                                                         |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| st36.045 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 18) * |
| st36.046 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 19) * |
| st36.047 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 20) * |
| st36.048 | Досуточная госпитализация в диагностических целях                                                                                        |
| st36.049 | Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)                |

\* При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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

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

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

#### **Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию**

| № КСГ    | Наименование КСГ                                |
|----------|-------------------------------------------------|
| st02.003 | Родоразрешение                                  |
| st02.004 | Кесарево сечение                                |
| st02.010 | Операции на женских половых органах (уровень 1) |
| st02.011 | Операции на женских половых органах (уровень 2) |
| st02.012 | Операции на женских половых органах (уровень 3) |
| st02.013 | Операции на женских половых органах (уровень 4) |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                                               |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| st02.015 | Операции на женских половых органах (уровень 5)                                                |
| st02.016 | Операции на женских половых органах (уровень 6)                                                |
| st02.017 | Операции на женских половых органах (уровень 7)                                                |
| st02.014 | Слинг-операции при недержании мочи                                                             |
| st09.001 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 1)                                          |
| st09.002 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 2)                                          |
| st09.003 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 3)                                          |
| st09.004 | Операции на мужских половых органах, дети (уровень 4)                                          |
| st09.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 1)                                |
| st09.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 2)                                |
| st09.007 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 3)                                |
| st09.008 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 4)                                |
| st09.009 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 5)                                |
| st09.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 6)                                |
| st09.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети (уровень 7)                                |
| st10.001 | Детская хирургия (уровень 1)                                                                   |
| st10.002 | Детская хирургия (уровень 2)                                                                   |
| st10.003 | Аппендэктомия, дети                                                                            |
| st10.005 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 1)                                                      |
| st10.006 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 2)                                                      |
| st10.007 | Операции по поводу грыж, дети (уровень 3)                                                      |
| st10.008 | Другие операции на органах брюшной полости, дети                                               |
| st13.002 | Постоянная стенокардия, инфаркт миокарда, легочная эмболия (уровень 2)                         |
| st13.005 | Нарушения ритма и проводимости (уровень 2)                                                     |
| st13.007 | Эндокардит, миокардит, перикардит, кардиомиопатии (уровень 2)                                  |
| st13.008 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 1) |
| st13.009 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 2) |
| st13.010 | Инфаркт миокарда, легочная эмболия, лечение с применением тромболитической терапии (уровень 3) |
| st14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)                                           |
| st14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)                                           |
| st14.003 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 3)                                           |
| st14.004 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 4)                                           |
| st15.015 | Инфаркт мозга (уровень 2)                                                                      |
| st15.016 | Инфаркт мозга (уровень 3)                                                                      |
| st16.007 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 1)                           |
| st16.008 | Операции на центральной нервной системе и головном мозге (уровень 2)                           |
| st16.009 | Операции на периферической нервной системе (уровень 1)                                         |
| st16.010 | Операции на периферической нервной системе (уровень 2)                                         |
| st16.011 | Операции на периферической нервной системе (уровень 3)                                         |
| st18.002 | Формирование, имплантация, реконструкция, удаление, смена доступа для диализа                  |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                                                                    |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| st19.001 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 1)                                |
| st19.002 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 2)                                |
| st19.003 | Операции на женских половых органах при злокачественных новообразованиях (уровень 3)                                |
| st19.004 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 1)                           |
| st19.005 | Операции на кишечнике и анальной области при злокачественных новообразованиях (уровень 2)                           |
| st19.006 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 1)                         |
| st19.007 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 2)                         |
| st19.008 | Операции при злокачественных новообразованиях почки и мочевыделительной системы (уровень 3)                         |
| st19.009 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)                                                      |
| st19.010 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)                                                      |
| st19.011 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 3)                                                      |
| st19.012 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 1)                                          |
| st19.013 | Операции при злокачественном новообразовании щитовидной железы (уровень 2)                                          |
| st19.014 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 1)                        |
| st19.015 | Мастэктомия, другие операции при злокачественном новообразовании молочной железы (уровень 2)                        |
| st19.016 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 1)   |
| st19.017 | Операции при злокачественном новообразовании желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы (уровень 2)   |
| st19.018 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 1)                                          |
| st19.019 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 2)                                          |
| st19.020 | Операции при злокачественном новообразовании пищевода, желудка (уровень 3)                                          |
| st19.021 | Другие операции при злокачественном новообразовании брюшной полости                                                 |
| st19.022 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях при злокачественных новообразованиях |
| st19.023 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 1)              |
| st19.024 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани при злокачественных новообразованиях (уровень 2)              |
| st19.025 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых органов (уровень 1)                                   |
| st19.026 | Операции при злокачественных новообразованиях мужских половых                                                       |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                                                    |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          | органов (уровень 2)                                                                                 |
| st19.123 | Прочие операции при ЗНО (уровень 1)                                                                 |
| st19.124 | Прочие операции при ЗНО (уровень 2)                                                                 |
| st19.038 | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| st19.104 | Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях                                                    |
| st20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)          |
| st20.006 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)          |
| st20.007 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)          |
| st20.008 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)          |
| st20.009 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 5)          |
| st20.010 | Замена речевого процессора                                                                          |
| st21.001 | Операции на органе зрения (уровень 1)                                                               |
| st21.002 | Операции на органе зрения (уровень 2)                                                               |
| st21.003 | Операции на органе зрения (уровень 3)                                                               |
| st21.004 | Операции на органе зрения (уровень 4)                                                               |
| st21.005 | Операции на органе зрения (уровень 5)                                                               |
| st21.006 | Операции на органе зрения (уровень 6)                                                               |
| st21.009 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)                                   |
| st21.010 | Интравитреальное введение лекарственных препаратов                                                  |
| st24.004 | Ревматические болезни сердца (уровень 2)                                                            |
| st25.004 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы                                            |
| st25.005 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 1)                                                 |
| st25.006 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 2)                                                 |
| st25.007 | Операции на сердце и коронарных сосудах (уровень 3)                                                 |
| st25.008 | Операции на сосудах (уровень 1)                                                                     |
| st25.009 | Операции на сосудах (уровень 2)                                                                     |
| st25.010 | Операции на сосудах (уровень 3)                                                                     |
| st25.011 | Операции на сосудах (уровень 4)                                                                     |
| st25.012 | Операции на сосудах (уровень 5)                                                                     |
| st25.013 | Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)                                      |
| st25.014 | Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)                                     |
| st25.015 | Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)                                     |
| st27.007 | Стенокардия (кроме нестабильной), хроническая ишемическая болезнь сердца (уровень 2)                |
| st27.009 | Другие болезни сердца (уровень 2)                                                                   |
| st28.002 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 1)              |
| st28.003 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 2)              |
| st28.004 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах                                      |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                                       |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|          | средостения (уровень 3)                                                                |
| st28.005 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения (уровень 4) |
| st29.007 | Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)                                 |
| st29.008 | Эндопротезирование суставов                                                            |
| st29.009 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)                             |
| st29.010 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)                             |
| st29.011 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)                             |
| st29.012 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 4)                             |
| st29.013 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 5)                             |
| st30.006 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)                              |
| st30.007 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)                              |
| st30.008 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 3)                              |
| st30.009 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 4)                              |
| st30.010 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)                    |
| st30.011 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2)                    |
| st30.012 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3)                    |
| st30.013 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 4)                    |
| st30.014 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 5)                    |
| st30.015 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 6)                    |
| st30.016 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 7)                    |
| st31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)                      |
| st31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)                      |
| st31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)                      |
| st31.005 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 4)                      |
| st31.006 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 1)                       |
| st31.007 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 2)                       |
| st31.008 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы (уровень 3)                       |
| st31.009 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 1)                             |
| st31.010 | Операции на эндокринных железах кроме гипофиза (уровень 2)                             |
| st31.015 | Остеомиелит (уровень 3)                                                                |
| st31.019 | Операции на молочной железе (кроме злокачественных новообразований)                    |
| st32.001 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 1)                          |
| st32.002 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 2)                          |
| st32.003 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 3)                          |
| st32.004 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях (уровень 4)                          |
| st32.005 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 1)                                  |
| st32.006 | Операции на печени и поджелудочной железе (уровень 2)                                  |
| st32.007 | Панкреатит, хирургическое лечение                                                      |
| st32.008 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1)                    |
| st32.009 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2)                    |
| st32.010 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 3)                    |
| st32.011 | Аппендэктомия, взрослые                                                                |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                       |
|----------|--------------------------------------------------------|
| st32.013 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)          |
| st32.014 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)          |
| st32.015 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)          |
| st32.019 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 4)          |
| st32.016 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1) |
| st32.017 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2) |
| st32.018 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 3) |
| st32.020 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 4) |
| st32.021 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 5) |
| st33.005 | Ожоги (уровень 3)                                      |
| st33.006 | Ожоги (уровень 4)                                      |
| st33.007 | Ожоги (уровень 5)                                      |
| st33.008 | Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции    |
| st34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)            |
| st34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2)            |
| st34.004 | Операции на органах полости рта (уровень 3)            |
| st34.005 | Операции на органах полости рта (уровень 4)            |
| st36.009 | Реинфузия аутокрови                                    |
| st36.010 | Баллонная внутриаортальная контрпульсация              |
| st36.011 | Экстракорпоральная мембранная оксигенация              |

33. Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

1. при переводе 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 основаниям прерванности;

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

3. случаи оказания медицинской помощи, связанные 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;

5. проведение реинфузии аутокрови, или 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, за исключением случаев:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

9. проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

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

Для случаев исключения, оплата по 2 КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными

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

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

При направлении (перевод) пациента на лечение по профилю «Медицинская реабилитация» после получения специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи в условиях круглосуточного стационара, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, в медицинскую организацию, согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Мордовия, случай лечения при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи, в условиях круглосуточного стационара считается законченным и подлежит оплате по соответствующим КСГ и(или) ВМП.

#### **Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля.**

34. Формирование КСГ акушерско-гинекологического профиля производится следующим образом.

Отнесение к КСГ st02.003 «Родоразрешение» при любом основном диагнозе класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99), включенном в данную КСГ, производится при комбинации с любой из следующих услуг:

|             |                                                           |
|-------------|-----------------------------------------------------------|
| B01.001.006 | Ведение патологических родов врачом-акушером-гинекологом  |
| B01.001.009 | Ведение физиологических родов врачом-акушером-гинекологом |
| B02.001.002 | Ведение физиологических родов акушеркой                   |
| A16.20.007  | Пластика шейки матки                                      |
| A16.20.015  | Восстановление тазового дна                               |
| A16.20.023  | Восстановление влагалищной стенки                         |
| A16.20.024  | Реконструкция влагалища                                   |
| A16.20.030  | Восстановление вульвы и промежности                       |

Если при наличии диагноза класса XV. Беременность, роды и послеродовой период (O00-O99) нет закодированных услуг, соответствующих родоразрешению, случай относится к КСГ st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью».

Акушерские манипуляции, операции, не используется в группировке в связи с нецелесообразностью их использования как основного критерия отнесения к конкретной КСГ (расширение шейного канала, поворот плода за ножку, наложение акушерских щипцов и т.д.)

При выполнении операции кесарева сечения (A16.20.005 «Кесарево сечение») случай относится к КСГ st02.004 вне зависимости от диагноза.

Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в КСГ st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4) отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

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».

#### **Формирование КСГ по профилю медицинская реабилитация.**

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

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) вне зависимости от диагноза. При этом для отнесения случая к КСГ st37.001-st37.013 и к КСГ ds37.001-ds37.008 также применяется классификационный критерий – оценка состояния пациента по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ):

| Код  | Расшифровка классификационного критерия                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| rb2  | 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации                                           |
| rb3  | 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации                                           |
| rb4  | 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации                                           |
| rb5  | 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации                                          |
| rb6  | 6 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации                                          |
| rb62 | 2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина |
| rb63 | 3 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина |
|      | 4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина |

|      |                                                                                            |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| rbb4 |                                                                                            |
| rbb5 | 5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ), назначение ботулинического токсина |

Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) установлена порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденных приказом Минздрава России от 31.07.2020 №788н (Приложение №26 к настоящему Тарифному соглашению).

Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

При оценке 0 -1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с установленной маршрутизацией; при оценке 4-6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях.

Оплата первого этапа реабилитации при остром нарушении мозгового кровообращения, операциях на центральной нервной системе и головном мозге, переломах черепа и внутричерепной травме осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

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-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

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.

При завершении пациентом лечения в условиях стационара и при наличии у него медицинских показаний к продолжению медицинской

реабилитации в условиях дневного стационара или в амбулаторных условиях по месту жительства медицинская организация, оказавшая пациенту специализированную медицинскую помощь, оформляет пациенту рекомендации по дальнейшему прохождению медицинской реабилитации, содержащие перечень рекомендуемых мероприятий по медицинской реабилитации.

**Оплата случаев высокотехнологической медицинской помощи (ВМП).**

36. Применение методов высокотехнологичной медицинской помощи (по Перечню, раздела 1 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»), медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия осуществляется на основании имеющихся лицензий, в рамках доведенных объемов и финансового обеспечения медицинской помощи, установленными Комиссией по разработке Территориальной программы ОМС, в соответствии с установленными нормативами финансовых затрат на единицу предоставления медицинской помощи, согласно Приложению 12 к настоящему Тарифному Соглашению.

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 согласно Приложению 12 к настоящему Тарифному соглашению, 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.

Высокотехнологичная медицинская помощь оплачивается с применением коэффициента дифференциации к доле заработной платы в размере «1» в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи:

1-я группа - 31 процент; 2-я группа - 31 процент; 3-я группа - 30 процентов; 4-я группа - 31 процент; 5-я группа - 31 процент; 6-я группа - 8 процентов; 7-я группа - 6 процентов; 8-я группа - 25 процентов; 9-я группа - 53 процента; 10-я группа - 32 процента;

11-я группа - 50 процентов; 12-я группа - 64 процента; 13-я группа - 25 процентов; 14-я группа - 36 процентов; 15-я группа - 28 процентов; 16-я группа - 41 процент; 17-я группа - 44 процента; 18-я группа - 5 процентов; 19-я группа - 4 процента; 20-я группа - 10 процентов; 21-я группа - 7 процентов; 22-я группа - 17 процентов; 23-я группа - 24 процента; 24-я группа - 18 процентов; 25-я группа - 27 процентов; 26-я группа - 24 процента; 27-я группа - 40 процентов; 28-я группа - 27 процентов; 29-я группа - 8 процентов; 30-я группа - 24 процента; 31-я группа - 32 процента; 32-я группа - 31 процент; 33-я группа - 30 процентов; 34-я группа - 12 процентов; 35-я группа - 4 процента; 36-я группа - 7 процентов; 37-я группа - 14 процентов; 38-я группа - 13 процентов; 39-я группа - 21 процент; 40-я группа - 19 процентов; 41-я группа - 51 процент; 42-я группа - 25 процентов; 43-я группа - 18 процентов; 44-я группа - 7 процентов; 45-я группа - 25 процентов; 46-я группа - 28 процентов; 47-я группа - 14 процентов; 48-я группа - 3 процента; 49-я группа - 2 процента; 50-я группа - 36 процентов; 51-я группа - 25 процентов; 52-я группа - 33 процента; 53-я группа - 22 процента; 54-я группа - 59 процентов; 55-я группа - 30 процентов; 56-я группа - 31 процент; 57-я группа - 29 процентов; 58-я группа - 37 процентов; 59-я группа - 33 процента; 60-я группа - 20 процентов; 61-я группа - 15 процентов; 62-я группа - 29 процентов; 63-я группа - 52 процента; 64-я группа - 56 процентов; 65-я группа - 3 процента; 66-я группа - 16 процентов; 67-я группа - 43 процента; 68-я группа - 17 процентов; 69-я группа - 23 процента; 70-я группа - 5 процентов; 71-я группа - 13 процентов; 72-я группа - 5 процентов; 73-я группа - 2 процента; 74-я группа - 13 процентов; 75-я группа - 9 процентов; 76-я группа - 36 процентов; 77-я группа - 30 процентов; 78-я группа - 35 процентов; 79-я группа - 32 процента; 80-я группа - 22 процента; 81-я группа - 11 процентов; 82-я группа - 31 процент; 83-я группа - 33 процента; 84-я группа - 16 процентов; 85-я группа - 16 процентов; 86-я группа - 15 процентов; 87-я группа - 8 процентов; 88-я группа - 15 процентов; 89-я группа - 20 процентов; 90-я группа - 23 процента; 91-я группа - 29 процентов; 92-я группа - 31 процент; 93-я группа - 31 процент; 94-я группа - 30 процентов; 95-я группа - 38 процентов; 96-я группа - 39 процентов; 97-я группа - 30 процентов; 98-я группа - 22 процента; 99-я группа - 42 процента; 100-я группа - 19 процентов; 101-я группа - 45 процентов; 102-я группа - 42 процента; 103-я группа - 18 процентов; 104-я группа - 28 процентов; 105-я группа - 33 процента.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, 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.

Оплата случая оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при условии оформления и закрытия Талона на оказание ВМП, с применением специализированной информационной системы, в соответствии с положениями приказа Министерства здравоохранения РФ от 2.10.2019 № 824н «Об утверждении Порядка организации оказания

высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения».

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, 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 КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Расчет (определение) стоимости лечения в круглосуточном стационаре производится на дату окончания лечения (выписки) пациента. Если дата поступления в круглосуточный стационар и дата выписки одна и та же, то фактическое количество дней лечения равно 1.

### **Применение телемедицинских технологий.**

37. Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи в Республике Мордовия являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами и (или) их законными представителями.

Консультация (консультативный прием) с применением информационных технологий - процесс оказания консультативной услуги врачом-консультантом (консилиумом врачей) медицинской организации третьего уровня оказания медицинской помощи врачу медицинской организации первого, второго или третьего уровня, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, на основании персонифицированной медицинской информации о пациенте (данные анамнеза, диагностических и лабораторных исследований), передаваемой по защищенным электронным каналам связи сети Vip-net.

Дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой может проводиться в режиме реального времени и в режиме отсроченной консультации, в том числе с участием нескольких специалистов.

По результатам проведения дистанционной консультации врач-консультант оформляет заключение (протокол консилиума врачей) и по защищенному каналу связи направляет его в медицинскую организацию, запросившую телемедицинскую консультацию. Порядок проведения и цели дистанционных консультаций (консилиумов) определяются приказом Министерства здравоохранения Республики Мордовия.

Финансовое обеспечение медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется по тарифам согласно Приложению 22 к настоящему Тарифному соглашению.

### 3.3 Медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара.

38. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС Республики Мордовия, в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2026 год составляет 1 910,50 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2025 года в количестве 680 036 человек и расчетного объема средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в сумме 1 299 178,9 тыс. рублей.

В качестве основных критериев группировки случаев лечения в дневном стационаре используются код диагноза в соответствии со справочником МКБ 10 и код хирургической операции и/или другой применяемой медицинской технологии (услуги) в соответствии с Номенклатурой.

В качестве дополнительных критериев при формировании КСТ для дневного стационара используются следующие признаки:

1. Основные классификационные критерии:

а. Диагноз (код по МКБ 10);

б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н (далее – Номенклатура));

в. Схема лекарственного лечения;

г. Международное непатентованное наименование (далее – МНН) лекарственного препарата;

д. Возрастная категория пациента;

е. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

и. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);

к. Пол;

л. Длительность лечения;

м. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;

н. Показания к применению лекарственного препарата;

о. Степень тяжести заболевания.

Размер средней стоимости законченного случая лечения в дневном стационаре, включенного в КСГ (базовая ставка  $БС_{\text{дн}}$ ) устанавливается на 2026 год настоящим Тарифным соглашением в размере 18 545,39 рублей.

Частота случаев лечения в дневном стационаре по каждой медицинской организации, каждой КСГ, каждой возрастной группе определяется согласно статистическим данным в рамках персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия. Стоимость одного случая лечения в дневном стационаре по КСГ приведена в Приложении 3 к настоящему Тарифному Соглашению.

При оплате стационарозамещающей помощи по законченному случаю на основе клинко-статистических групп применяется КСЛП<sub>дн</sub>-коэффициент сложности лечения пациентов в дневном стационаре, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи, устанавливаемый в отдельных случаях в соответствии с Приложением 4 к настоящему Тарифному соглашению.

При проведении экстракорпорального оплодотворения хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется. Длительность случая при проведении криопереноса (ivf1) составляет до 3 дней включительно, данная услуга оказывается в условиях дневного стационара.

На пациентов, которым проводится программа ЭКО, оформляется вкладыш в медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма N 025/у), или карту больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице, при использовании вспомогательных репродуктивных технологий и искусственной инсеминации по форме, предусмотренной приложением № 3 к Приказу Минздрава России от 31.07.2020 № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», с обязательным заполнением всех разделов вкладыша.

Перечень медицинских услуг, предоставляемых при оказании медицинской помощи пациентам с бесплодием, в разрезе уровней программы экстракорпорального оплодотворения.

| Код ДКК | Цикл ЭКО                        | Код номенклатуры медицинских услуг | Медицинская услуга                                                 |
|---------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| ivf1    | ЭКО (уровень 1): размораживание | B01.001.001                        | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный; |

|      |                                                                                                                                                                |                 |                                                                                                                                 |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки (криоперенос)                                                                 | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное;                                                                 |
|      |                                                                                                                                                                | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара; |
|      |                                                                                                                                                                | A11.20.029      | Вспомогательный хэтчинг (расщепление блестящей оболочки) эмбриона                                                               |
|      |                                                                                                                                                                | A11.20.030.001  | Внутриматочное введение размороженного эмбриона                                                                                 |
| Ivf2 | ЭКО (уровень 2): стимуляция суперовуляции                                                                                                                      | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный                                                               |
|      |                                                                                                                                                                | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара  |
| Ivf3 | ЭКО (уровень 2): стимуляция суперовуляции и получение яйцеклетки                                                                                               | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный                                                               |
|      |                                                                                                                                                                | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара  |
|      |                                                                                                                                                                | A11.20.019      | Трансвагинальная пункция фолликулов яичников                                                                                    |
|      |                                                                                                                                                                | B01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия <i>(при наличии ИДС)</i>                                                                       |
| Ivf4 | ЭКО (уровень 2): стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный                                                               |
|      |                                                                                                                                                                | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара  |
|      |                                                                                                                                                                | A11.20.019      | Трансвагинальная пункция фолликулов яичников                                                                                    |
|      |                                                                                                                                                                | B01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия <i>(при наличии ИДС)</i>                                                                       |
|      |                                                                                                                                                                | A11.20.026      | Идентификация и оценка зрелости ооцитов                                                                                         |
|      |                                                                                                                                                                | A11.21.010      | Обработка спермы для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения                                                    |

|      |                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                                                                |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.027      | Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов                                                                                      |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.30.012      | Введение сперматозоида в ооцит (ИКСИ) (при наличии показаний)                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.028      | Культивирование эмбриона                                                                                                       |
| Ivf5 | ЭКО (уровень 3): стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией                                | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный                                                              |
|      |                                                                                                                                                                                              | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                 |
|      |                                                                                                                                                                                              | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.019      | Трансвагинальная пункция фолликулов яичников                                                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                              | B01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия (при наличии ИДС)                                                                             |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.026      | Идентификация и оценка зрелости ооцитов                                                                                        |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.21.010      | Обработка спермы для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.027      | Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов                                                                                      |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.30.012      | Введение сперматозоида в ооцит (ИКСИ) (при наличии показаний)                                                                  |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.028      | Культивирование эмбриона                                                                                                       |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.031      | Криоконсервация эмбрионов                                                                                                      |
| Ivf6 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3): стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующим переносом эмбрион | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача — акушера-гинеколога первичный                                                              |
|      |                                                                                                                                                                                              | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                 |
|      |                                                                                                                                                                                              | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.019      | Трансвагинальная пункция фолликулов яичников                                                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                              | B01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия (при наличии ИДС)                                                                             |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.026      | Идентификация и оценка зрелости ооцитов                                                                                        |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.21.010      | Обработка спермы для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.20.027      | Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов                                                                                      |
|      |                                                                                                                                                                                              | A11.30.012      | Введение сперматозоида в ооцит (ИКСИ)                                                                                          |

|      |                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                                                                                                |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     |                 | <i>(при наличии показаний)</i>                                                                                                 |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.028      | Культивирование эмбриона                                                                                                       |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.030      | Внутриматочное введение эмбриона                                                                                               |
| lvf7 | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4): стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов и осуществление криоконсервации эмбрионов | B01.001.001     | Прием (осмотр, консультация) врача акушера-гинеколога первичный                                                                |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A04.20.001.001  | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное                                                                 |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | B01.001.007     | Ежедневный осмотр врачом — акушером-гинекологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медперсонала в отделении стационара |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.019      | Трансвагинальная пункция фолликулов яичников                                                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | B01.003.004.009 | Тотальная внутривенная анестезия <i>(при наличии ИДС)</i>                                                                      |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.026      | Идентификация и оценка зрелости ооцитов                                                                                        |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.21.010      | Обработка спермы для проведения процедуры экстракорпорального оплодотворения                                                   |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.027      | Экстракорпоральное оплодотворение ооцитов                                                                                      |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.30.012      | <i>Введение сперматозоида в ооцит (ИКСИ) (при наличии показаний)</i>                                                           |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.028      | Культивирование эмбриона                                                                                                       |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.030      | Внутриматочное введение эмбриона                                                                                               |
|      |                                                                                                                                                                                                                                                     | A11.20.031      | Криоконсервация эмбрионов                                                                                                      |

### Порядок оплаты прерванных случаев лечения в дневном стационаре.

39. К прерванным случаям оказания медицинской помощи в дневном стационаре относятся

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

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

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно.

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, st37.031, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаев лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных в расшифровке клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (*расшифровки КСГ размещен в электронном виде на официальном сайте Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Мордовия в сети Интернет*).

**Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения  
в дневном стационаре до 3 дней включительно**

| Код КСГ                        | Наименование КСГ                                                                                                               |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| В условиях дневного стационара |                                                                                                                                |
| ds02.001                       | Осложнения беременности, родов, послеродового периода                                                                          |
| ds02.006                       | Искусственное прерывание беременности (аборт)                                                                                  |
| ds02.007                       | Аборт медикаментозный                                                                                                          |
| ds02.008                       | Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)                                                                                  |
| ds05.005                       | Лекарственная терапия при доброкачественных заболеваниях крови и лимфоидной ткани *                                            |
| ds08.001                       | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети * |
| ds08.002                       | Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети *                                                                               |
| ds08.003                       | Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети *                     |
| ds15.002                       | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 1) *                                                 |
| ds15.003                       | Неврологические заболевания, лечение с применением ботулотоксина (уровень 2) *                                                 |
| ds19.028                       | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии                                                            |



| Код КСТ  | Наименование КСТ                                                                                                                       |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ds19.180 | Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 24)*            |
| ds19.057 | Лучевая терапия (уровень 8)                                                                                                            |
| ds19.063 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей без специального противоопухолевого лечения (уровень 1)                                           |
| ds19.067 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1)                                                      |
| ds19.071 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 1)      |
| ds19.075 | ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые (уровень 5)      |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)                                             |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)                                             |
| ds20.006 | Замена речевого процессора                                                                                                             |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1)                                                                                                  |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2)                                                                                                  |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3)                                                                                                  |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4)                                                                                                  |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5)                                                                                                  |
| ds21.007 | Операции на органе зрения (факосмульсификация с имплантацией ИОЛ)                                                                      |
| ds21.008 | Интравитреальное введение лекарственных препаратов                                                                                     |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы                                                                               |
| ds27.001 | Отравления и другие воздействия внешних причин                                                                                         |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)                                                                                            |
| ds36.001 | Комплексное лечение с применением препаратов иммуноглобулина*                                                                          |
| ds36.012 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 1)                                                 |
| ds36.013 | Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции (уровень 2)                                                 |
| ds36.015 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1)* |
| ds36.016 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 2)* |
| ds36.017 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 3)* |
| ds36.018 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 4)* |
| ds36.019 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 5)* |
| ds36.020 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 6)* |
| ds36.021 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 7)* |
| ds36.022 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 8)* |
| ds36.023 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 9)* |

| Код КСГ  | Наименование КСГ                                                                                                                                          |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ds36.024 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 10)*                   |
| ds36.025 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 11)*                   |
| ds36.026 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 12)*                   |
| ds36.027 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 13)*                   |
| ds36.028 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 14)*                   |
| ds36.029 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 15)*                   |
| ds36.030 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 16)*                   |
| ds36.031 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 17)*                   |
| ds36.032 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 18)*                   |
| ds36.033 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 19)*                   |
| ds36.034 | Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 20)*                   |
| ds36.035 | Лечение с применением методов афереза (каскадная плазмафильтрация, липидная фильтрация, иммуносорбция) в случае отсутствия эффективности базисной терапии |

\*При условии соблюдения режима введения лекарственных препаратов согласно инструкциям по применению лекарственных препаратов для медицинского применения.

По каждому указанному случаю проводится медико-экономическая экспертиза, и при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

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

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

**Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию**

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                                                    |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ds02.006 | Искусственное прерывание беременности (аборт)                                                       |
| ds02.003 | Операции на женских половых органах (уровень 1)                                                     |
| ds02.004 | Операции на женских половых органах (уровень 2)                                                     |
| ds09.001 | Операции на мужских половых органах, дети                                                           |
| ds09.002 | Операции на почке и мочевыделительной системе, дети                                                 |
| ds10.001 | Операции по поводу грыж, дети                                                                       |
| ds13.002 | Болезни системы кровообращения с применением инвазивных методов                                     |
| ds14.001 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 1)                                                |
| ds14.002 | Операции на кишечнике и анальной области (уровень 2)                                                |
| ds16.002 | Операции на периферической нервной системе                                                          |
| ds18.003 | Формирование, имплантация, удаление, смена доступа для диализа                                      |
| ds19.016 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 1)                                      |
| ds19.017 | Операции при злокачественных новообразованиях кожи (уровень 2)                                      |
| ds19.028 | Установка, замена порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований |
| ds20.002 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 1)          |
| ds20.003 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 2)          |
| ds20.004 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 3)          |
| ds20.005 | Операции на органе слуха, придаточных пазухах носа и верхних дыхательных путях (уровень 4)          |
| ds20.006 | Замена речевого процессора                                                                          |
| ds21.002 | Операции на органе зрения (уровень 1)                                                               |
| ds21.003 | Операции на органе зрения (уровень 2)                                                               |
| ds21.004 | Операции на органе зрения (уровень 3)                                                               |
| ds21.005 | Операции на органе зрения (уровень 4)                                                               |
| ds21.006 | Операции на органе зрения (уровень 5)                                                               |
| ds21.007 | Операции на органе зрения (факоэмульсификация с имплантацией ИОЛ)                                   |
| ds21.008 | Интравитреальное введение лекарственных препаратов                                                  |
| ds25.001 | Диагностическое обследование сердечно-сосудистой системы                                            |
| ds25.002 | Операции на сосудах (уровень 1)                                                                     |
| ds25.003 | Операции на сосудах (уровень 2)                                                                     |
| ds28.001 | Операции на нижних дыхательных путях и легочной ткани, органах средостения                          |
| ds29.001 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 1)                                          |
| ds29.002 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 2)                                          |
| ds29.003 | Операции на костно-мышечной системе и суставах (уровень 3)                                          |
| ds30.002 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 1)                                           |
| ds30.003 | Операции на мужских половых органах, взрослые (уровень 2)                                           |
| ds30.004 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 1)                                 |

| № КСГ    | Наименование КСГ                                                    |
|----------|---------------------------------------------------------------------|
| ds30.005 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 2) |
| ds30.006 | Операции на почке и мочевыделительной системе, взрослые (уровень 3) |
| ds31.002 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 1)   |
| ds31.003 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 2)   |
| ds31.004 | Операции на коже, подкожной клетчатке, придатках кожи (уровень 3)   |
| ds31.005 | Операции на органах кроветворения и иммунной системы                |
| ds31.006 | Операции на молочной железе                                         |
| ds32.001 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 1) |
| ds32.002 | Операции на пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (уровень 2) |
| ds32.003 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 1)                       |
| ds32.004 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 2)                       |
| ds32.005 | Операции по поводу грыж, взрослые (уровень 3)                       |
| ds32.006 | Операции на желчном пузыре и желчевыводящих путях                   |
| ds32.007 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 1)              |
| ds32.008 | Другие операции на органах брюшной полости (уровень 2)              |
| ds34.002 | Операции на органах полости рта (уровень 1)                         |
| ds34.003 | Операции на органах полости рта (уровень 2)                         |

Оплата лечения в условиях дневного стационара осуществляется в соответствии с КСГ - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу.

Расчет (определение) стоимости лечения в условиях дневного стационара производится на дату окончания лечения (выписки) пациента.

Режим работы дневного стационара медицинских организаций подведомственных Министерству здравоохранения Республики Мордовия осуществляется согласно графику работы дневного стационара, согласованному с Министерством здравоохранения Республики Мордовия. Медицинские организации, не подведомственные Министерству здравоохранения Республики Мордовия (медицинские организации частной формы собственности, ведомственные медицинские организации), осуществляют работу дневного стационара по графику, утвержденному руководителем медицинской организации.

**Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше в условиях дневного и круглосуточного стационара.**

40. При оказании медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

1. При условии проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в Приложении 29;

2. При условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» Приложении 29 при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

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

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

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

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

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

### **3.4 Скорая медицинская помощь.**

41. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо (определенный на основании нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС) на 2026 год составляет 1 293,30 рублей (без учета расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в Республике Мордовия и получающим медицинскую помощь за ее пределами), исходя из численности застрахованного населения по состоянию на 01.01.2025 года в количестве 680 036 человек и расчетного объема средств, направляемых на

финансирование скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в сумме 879 507,9 тыс. рублей (с учетом применения тромболитической терапии на догоспитальном этапе).

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

42. Базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в месяц, оказываемой вне медицинской организации – 106,80 рублей включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, за исключением:

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

- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В случае проведения тромболитической терапии застрахованным по обязательному медицинскому страхованию граждан Республики Мордовия и застрахованным за пределами Республики Мордовия, дополнительно осуществляется оплата скорой медицинской помощи за вызов.

Ежемесячный объем финансирования медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, по подушевому принципу финансирования рассчитывается как произведение численности прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца (на основании Акта сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации в АИС «ИМЦ: ТФОМС») и тарифа на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи - по следующей формуле:

$$ОФ_{\text{скор}} = N i_{\text{скор}} \times T_{\text{подскор}}, \text{ где}$$

$ОФ_{\text{скор}}$  - ежемесячный объем финансирования медицинских организаций по оплате за скорую медицинскую помощь;

$N i_{\text{скор}}$  - численность прикрепленного на обслуживание населения по состоянию на 01 число отчетного месяца;

$T_{\text{подскор}}$  - тариф на основе подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи.

Размер финансового обеспечения по подушевому финансированию скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно на основании утвержденного норматива финансирования на одно застрахованное лицо.

Финансирование медицинских организаций (структурных подразделений), оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования, включает в себя:

-средства, полученные по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц, согласно акту сверки численности населения, прикрепленного на обслуживание к медицинской организации;

-оплату скорой медицинской помощи за вызов (в случае проведения тромболитической терапии, а также в случаях оказания скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами Республики Мордовия).

На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в Республике Мордовия применяется дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), приведенный в Приложениях 17, 18 к настоящему Тарифному Соглашению, рассчитываемый с учетом следующих коэффициентов:

КД<sub>пв</sub> – коэффициентов половозрастного состава;

КД<sub>ур</sub> – коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (плотность населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности обслуживаемого населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации размер медицинской организации);

КД<sub>дн</sub> - коэффициентов дифференциации;

КД<sub>зп</sub> - коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в Республике Мордовия.

В перечень расходов на скорую медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включаются расходы на оказание всех видов скорой медицинской помощи, за исключением расходов на оказание скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии и расходов на оказание скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за

пределами Республики Мордовия, оплата которой осуществляется в рамках межтерриториальных расчетов.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования не производится.

**5. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.**

43. Порядок контроля объемов, сроков и качества оказания медицинской помощи определяется приказом Минздрава России от 19.03.2021 №231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

Не подлежат оплате случаи лечения, оплаченные по договорам оказания платных медицинских услуг, за счет личных средств граждан, а также в рамках добровольного медицинского страхования.

Все случаи инициации с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов подлежат медико-экономическому контролю, а при необходимости экспертизе качества медицинской помощи.

При пересечении сроков стационарного случая лечения, случая дневного стационара и случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи, в различных медицинских организациях Республики Мордовия в этот период не подлежит оплате, кроме: дня поступления и выписки из круглосуточного стационара/ дневного стационара, проведения иммуногистохимических исследований, магнитно-резонансной томографии консультаций(консилиумов) в других медицинских организациях, при проведении процедуры гемодиализа, гемодиафильтрации и перитонеального диализа, плазмоферреза, посещений школы сахарного диабета (взрослые/дети).

При пересечении сроков стационарного случая лечения и вызова скорой медицинской помощи к пациенту, находящемуся вне медицинской организации, отключению от оплаты подлежит случай стационарного лечения (по результатам проведенной медико-экономической экспертизы).

При оплате случаев госпитализации в условиях круглосуточного стационара в медицинских организациях, имеющих дорогостоящее диагностическое оборудование (ядерно-магнитно-резонансный томограф

(ЯМРТ), компьютерный томограф (КТ)) оплате подлежат случаи госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе без дополнительной оплаты за проведение ядерно-магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии.

При пересечении сроков лечения стационарного случая и процедуры экстракорпорального оплодотворения, лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов или лечения вирусного гепатита С в условиях дневного стационара, процедура экстракорпорального оплодотворения, лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов или лечение вирусного гепатита С в этот период подлежат оплате. По данным случаям лечения должна быть проведена медико-экономическая экспертиза, и при необходимости экспертиза качества медицинской помощи.

Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

При выполнении КТ нескольких анатомических зон с контрастированием в одно посещение (один день), тариф с контрастированием применяется однократно.

При оказании стационарной помощи, в случае невозможности осуществления медицинской организацией проведения компьютерной томографии/компьютерной томографии с применением контраста, ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста, необходимых застрахованному лицу в соответствии с порядками оказания медицинской помощи на основании клинических рекомендаций, данные исследования проводятся на базе другой медицинской организации (независимо от формы собственности), расходы на проведение компьютерной томографии/компьютерной томографии с применением контраста, ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста включены в стоимость законченного случая лечения заболевания при оплате медицинской

помощи по клинико-статистическим группам заболеваний. Оплата за проведение компьютерной томографии/компьютерной томографии ядерно-магнитно-резонансной томографии, ядерно-магнитно-резонансной томографии с применением контраста осуществляется на основании заключенного договора между медицинскими организациями согласно тарифу, установленного Приложением 9 Тарифного соглашения.

44. Причины отклонения и приостановления позиций реестра от оплаты, перечень дефектов при оказании медицинской помощи и размер финансовых санкций при них утверждается настоящим Тарифным Соглашением, согласно приложению 16 к настоящему Тарифному соглашению и применяется на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

Общий размер санкций (С), применяемых к медицинским организациям, рассчитывается по формуле:

$$C = H + C_{\text{шт}}, \text{ где}$$

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

$C_{\text{шт}}$  - размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неокказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением №16 к настоящему Тарифному соглашению):

$$H = PT \times K_{\text{но}}, \text{ где}$$

PT - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи устанавливается в соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) в соответствии с Приложением 16 к настоящему Тарифному Соглашению (далее - Перечень оснований).

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

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

где:

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

$PT_1$  - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

$PT_2$  - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

$K_{\text{но}}$  - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = RP \times K_{\text{шт}}, \text{ где}$$

$C_{\text{шт}}$  - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

$RP$  - установленный тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к настоящим Правилам, для которого  $RP$  - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи).

$K_{\text{шт}}$  - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо

оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП.

45. Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи) составляют:

1. в амбулаторных условиях – 8 723,10 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС Республики Мордовия за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – 1 331,20 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 10 180,60 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам;

4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – 2 346,20 рублей подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам.

46. При проведении медико-экономического контроля (МЭК), медико-экономической экспертизы (МЭЭ) и экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) в медицинских организациях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по принципу подушевого финансирования (приложения 17, 21 к настоящему Тарифному Соглашению), сумма не подлежащая оплате (уменьшение оплаты) рассчитывается по стоимости соответствующей единицы медицинской помощи с учетом профиля оказания медицинской помощи, согласно приложению 6 к настоящему Тарифному Соглашению.

Страховая медицинская организация, получившая от территориального фонда сведения о застрахованном лице, в отношении которого территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации принято решение об оплате расходов на медицинскую помощь застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, за счет средств обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, принимает меры по исключению оплаты данного случая оказания медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования при последующих расчетах с медицинской организацией в рамках проведения территориальным фондом медико-экономической экспертизы в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

В случае назначения, по решению онкологического консилиума, схемы лекарственной противоопухолевой терапии с применением двух лекарственных препаратов и выполнения пациенту одного лекарственного препарата в условиях круглосуточного/дневного стационара, приобретенного за счет средств ОМС, а второго лекарственного препарата, полученного по региональной/федеральной льготе, для приема в амбулаторных условиях на оплату предъявляется КСГ с применением одного лекарственного препарата (приобретенного за счет средств ОМС). При проведении контрольно-экспертных мероприятий уменьшение оплаты медицинской помощи по кодам дефектам, согласно приложению 16 к настоящему Тарифному соглашению, не подлежит. При этом включение в счет на оплату по КСГ лекарственных препаратов, полученных по региональной/федеральной льготе не допустимо.

#### **6. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями.**

47. Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) распределяются годовые объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС на 2026 год, в пределах установленных территориальной программой ОМС Республики Мордовия.

Распределение объемов и финансового обеспечения утверждается протоколом заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия и не включается в состав настоящего Тарифного соглашения.

В 2026 году ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, распределенного решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия, в размере более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств обязательного медицинского страхования в 2025 году.

При распределении объемов медицинской помощи, в соответствии с Правилами ОМС учитываются:

система маршрутизации пациентов с учетом эталов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости, особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей региона, а также сроков ожидания оказания медицинской помощи (приказы по маршрутизации пациентов Министерства здравоохранения Республики Мордовия на 2026 год), возможность оказания медицинскими организациями медицинской помощи в соответствии с лицензионными требованиями;

соответствие объемов медицинской помощи, заявленной медицинскими организациями при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, мощностным характеристикам медицинских организаций (койки, должности, медицинское оборудование и т.д.);

сведения страховых медицинских организаций о численности застрахованных лиц, их половозрастной структуре и потребности в медицинской помощи, а также финансовых средствах для ее оплаты;

сведения медицинских организаций, представленные при подаче уведомления об участии в сфере обязательного медицинского страхования, включающие:

а) показатели медицинской организации (в том числе мощность коечного фонда в разрезе профилей), оказывающей медицинскую помощь,

фактически выполненные за 2023-2025 годы объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп заболеваний детского и взрослого населения, а также объемы их финансирования;

б) данные о половозрастном составе и численности прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи;

в) показатели, подтверждающие возможность медицинских организаций оказать диагностические услуги (для медицинских организаций, оказывающих только отдельные диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление);

г) предложения медицинских организаций о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, клинико-профильных групп заболеваний (клинико-статистических групп заболеваний детского и взрослого населения).

Среднемесячный объем финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией определяется в пределах 1/12 годового объема с учетом фактических показателей оказания медицинской помощи (без учета объемов медицинской помощи, оказанной жителям других субъектов РФ в медицинских организациях Республики Мордовия).

Суммарный объем оказания медицинской помощи медицинской организацией, с учетом отклонений, не может превышать годовой объем оказания медицинской помощи, установленный Комиссией для медицинской организации.

Объем финансового обеспечения распределяется для каждой медицинской организации на основании тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением и распределенных объемов оказания медицинской помощи.

В целях оказания специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования застрахованным по обязательному медицинскому страхованию лицам Комиссия устанавливает планируемые объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи, с учетом допустимых отклонений от установленных значений их исполнения в пределах не более 10 процентов (за исключением чрезвычайных ситуаций и рисков возникновения чрезвычайных ситуаций), на которые Комиссией может быть принято решение об увеличении объемов

специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Ежеквартально Комиссия осуществляет оценку исполнения распределенных объемов медицинской помощи, проводит анализ остатков средств обязательного медицинского страхования на счетах медицинских организаций, участвующих в территориальной программе обязательного медицинского страхования. По результатам проведенной оценки и анализа, в целях обеспечения доступности для застрахованных лиц медицинской помощи и недопущения формирования у медицинских организаций кредиторской задолженности, Комиссия осуществляет при необходимости перераспределение объемов медицинской помощи, а также принимает иные решения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинские организации представляют в ТФОМС Республики Мордовия персонифицированные счета и реестры счетов на оплату оказанной медицинской помощи, подписанные в установленном порядке, квалифицированными цифровыми подписями руководителя и главного бухгалтера.

#### **Заключительные положения.**

48. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу со дня его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2026 года. Срок действия Тарифного соглашения - с 01 января 2026 года по 31 декабря 2026 года.

34. В тарифное соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Мордовия, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи, либо

уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, Главой или Правительством Республики Мордовия, решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

50. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Приложения к Тарифному Соглашению:

-Приложение 1 «Список медицинских организаций Республики Мордовия по уровням, видам и способам оплаты медицинской помощи»;

-Приложение 2 «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые стационарными отделениями медицинских организаций Республики Мордовия по КСГ»;

-Приложение 3 «Тарифы обязательного медицинского страхования на медицинские услуги, оказываемые в дневных стационарах медицинскими организациями Республики Мордовия по КСГ»;

-Приложение 4 «Коэффициенты сложности лечения пациента»;

-Приложение 5 «Средняя длительность пребывания одного больного в стационаре (дней)»;

-Приложение 6 «Тарифы обязательного медицинского страхования граждан на медицинские услуги, оказываемые амбулаторно-поликлиническими отделениями (подразделениями) медицинских организаций Республики Мордовия (посещения, обращения, УЕТ)»;

-Приложение 7 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

-Приложение 8 «Стоимость услуг диализа на территории Республики Мордовия»;

-Приложение 9 «Тарифы на лечебно-диагностические услуги (исследования), оказываемые медицинскими организациями Республики Мордовия в амбулаторных условиях»;

-Приложение 10 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

-Приложение 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

-Приложение 12 «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемых за счет средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями Республики Мордовия»;

-Приложение 13 «Виды сочетанных хирургических вмешательств»;

-Приложение 14 «Виды однотипных операций на парных органах»;

-Приложение 15 «Виды тяжелых сопутствующих патологий, осложнений заболеваний, сопутствующих заболеваний, влияющих на сложность лечения пациента»;

-Приложение 16 «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»;

-Приложение 17 «Подушное финансирование скорой медицинской помощи на одного застрахованного по ОМС гражданина»;

-Приложение 18 «Коэффициенты дифференциации по скорой медицинской помощи для медицинских организаций Республики Мордовия»;

-Приложение 19 «Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации Республики Мордовия лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тыс. человек»;

- Приложение 20 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи»;

- Приложение 21 «Подушевые нормативы финансирования амбулаторной-поликлинической для медицинских организаций Республики Мордовия»;

- Приложение 22 «Тарифы для проведения межучебных расчетов»;

- Приложение 23 «Численность обслуживаемого населения, норматив финансирования структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерско-акушерских пунктов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Мордовия на 2026 год»;

- Приложение 24 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий при проведении углубленной диспансеризации»;
- Приложение 25 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансеризации взрослого населения в рамках диспансеризации репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья»;
- Приложение 26 «Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) для взрослых и детей»;
- Приложение 27 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, при выполнении ТПОМС в Республики Мордовия в части первичной (первичной-специализированной) медико-санитарной помощи»;
- Приложение 28 «Стоимость 1 занятия в «Школах для больных с хроническими заболеваниями, школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания»;
- Приложение 29 «Перечень схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)»;
- Приложение 30 «Перечень классификационных критериев отнесения случаев лечения к КСГ (за исключением схем лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи при противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей))»;
- Приложение 31 «Тарифы на обращение по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях»;
- Приложение 32 «Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Республики Мордовия, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на 2026 год»;
- Приложение 33 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках диспансерного наблюдения в амбулаторных условиях»;
- Приложение 34 «Перечень схем генно-инженерной биологической лекарственной терапии для оплаты медицинской помощи»;
- Приложение 35 «Перечень схем лекарственной терапии хронического вирусного гепатита С для оплаты медицинской помощи»;
- Приложение 36 «Стоимость комплексного посещения, перечень услуг и время оказания медицинской помощи в Центре здоровья (Центре

медицины здорового долголетия)»;

- Приложение 37 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках проведения дистанционного наблюдения здоровья пациентов в амбулаторных условиях»;

- Приложение 38 «Схемы антимикробной терапии».

От Министерства здравоохранения  
Республики Мордовия

Председатель комиссии  
Первый заместитель Министра  
здравоохранения Республики  
Мордовия

  
« 23 » 01 2026г.

Е.А. Степанова

Начальник планово-финансового  
отдела

  
« 23 » 01 2026г.

И.В. Алексеева

От страховых медицинских  
организаций

Директор Мордовского филиала АО  
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

  
« 23 » 01 2026г.

С.Н. Серебрякова

Директор филиала ООО «Капитал  
Страхования» в Республике  
Мордовия

  
« 23 » 01 2026г.

А.П. Аросланкина

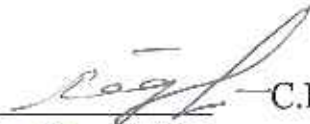
От Ассоциации врачей Мордовии:

Председатель правления  
Мордовской республиканской  
общественной организации  
«Ассоциация врачей Мордовии»

  
« 23 » 01 2026г.

А.Н. Пинямаскин

Главный врач ГБУЗ РМ  
«Мордовская республиканская  
центральная клиническая больница»

  
« 23 » 01 2026г. С.В. Ладяев

От Территориального фонда ОМС  
Республики Мордовия

Заместитель директора ТФОМС  
Республики Мордовия

  
« 23 » 01 2026г. Е.В. Пронькина

Начальник отдела организации ОМС  
ТФОМС Республики Мордовия

  
« 23 » 01 2026г. Н.В. Зинина