ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

(Ставрополь, 25 декабря 2025 года)

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Основания заключения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно – тарифное соглашение, ОМС) заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Ставропольского края от 25.12.2025 № 696-п (далее – Территориальная программа).

1.2. Предмет тарифного соглашения

1.2.1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС (далее – тариф) на территории Ставропольского края.

1.2.2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – страховая организация, медицинская организация), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

1.2.3. Основные термины, понятия и сокращения, применяемые в данном тарифном соглашении, приведены в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению.

1.3. Стороны тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона, статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются министерство здравоохранения Ставропольского края (далее - министерство), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (далее – фонд), акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», общественная организация «Врачи Ставропольского края», Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице уполномоченных представителей.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ставропольского края применяются следующие способы оплаты:

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

2.1.1. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией включая все виды сцинтиграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), вакцинацию для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или)

обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых установлен приложении 2 к настоящему тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций на территории Ставропольского края установлен в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФДПн, определены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

2.1.3. 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, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери);

вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, имеющих не менее 3 хронических неинфекционных заболеваний 1 раз в 5 лет;

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

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 сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.4. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций) и не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи, определены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской

реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.2.1. 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.

2.2.2. За прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

2.2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, определен в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

2.3.1. 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).

2.3.2. За прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением 4 к настоящему тарифному соглашению, в том числе с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.3.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определен в приложении 3к настоящему тарифному соглашению.

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.4.1. По подушевому нормативу финансирования.

2.4.2. За единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи,

оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, определен в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

2.5. Особенности применения способов оплаты медицинской помощи

Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи установлены приложением 5 к настоящему тарифному соглашению.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 настоящего тарифного соглашения, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

3.1.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учетом уровня медицинской организации (структурного подразделения). Распределение медицинских организаций (структурных подразделений) по уровням медицинской помощи указано в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.3. В соответствии с Территориальной программой структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя расходы в соответствии с частями 7, 8 статьи 35 Федерального закона:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов;

расходы на приобретение продуктов питания;

расходы на приобретение мягкого инвентаря;

расходы на приобретение материальных запасов, расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, расходы на 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 Ставропольского края не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Средствами обязательного медицинского страхования компенсируются включенные в структуру тарифов и обусловленные оказанием медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию расходы (затраты) медицинских организаций.

За счет средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования, предусматривается возможность приобретения единицы основных средств вне зависимости от их стоимости.

Финансовое обеспечение расходов, связанных с предоставлением пациентам с артериальной гипертензией и сахарным диабетом медицинских изделий, необходимыми для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, а также расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений не может осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования. Медицинские изделия, необходимые для проведения дистанционного наблюдения в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, могут быть приобретены за счет личных средств граждан или иных источников.

Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

3.1.4. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Ставропольского края приведен в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.5. Значение коэффициента дифференциации установлено в размере 1,002 для всей территории Ставропольского края.

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

3.2.1. По тарифу ФДПн оплачивается оказываемая медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в амбулаторных условиях первичная медико-санитарная помощь за исключением медицинской помощи, указанной в пункте 3.2.6 настоящего тарифного соглашения, а также финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, его (ее) супруг(а), а также супруг(а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, 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.

3.2.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 8621,77 рублей. Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

3.2.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 94,60 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации 1,002.

3.2.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп установлены в таблице 2 приложения 7 к настоящему тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – КДот) установлены в таблице 1 приложения 7 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц рассчитаны исходя из базового подушевого норматива на прикрепившихся лиц, а также:

коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

коэффициентов половозрастного состава;

коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ставропольском крае;

и установлены в таблице 1 приложения 7 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.6. По тарифу за единицу объема оплачиваются следующие виды медицинской помощи:

медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за пределами Ставропольского края;

медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

отдельные диагностические (лабораторные) исследования – компьютерная томография, магнитно-резонансная томография,

ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомических исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) (тарифы установлены в приложении 8);

вакцинация для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, имеющих не менее 3 хронических неинфекционных заболеваний 1 раз в 5 лет (тарифы установлены в приложении 9);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация и диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (тарифы установлены в приложениях 10 и 11);

диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (тарифы установлены в приложении 12);

комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья (тарифы установлены в приложении 9), включая диспансерное наблюдение, а также посещение с иными целями центров здоровья (тарифы установлены в приложении 9);

дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь по медицинской реабилитации в амбулаторных

условиях (комплексное посещение) (тарифы установлены в приложении 9);

услуги диализа (тарифы установлены в приложении 13);

неотложная медицинская помощь (тарифы установлены в приложении 9),

медицинская помощь, оказываемая врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь, оказываемая врачом-онкологом центра амбулаторной онкологической помощи (тарифы установлены в приложении 9);

медицинская помощь, оказываемая врачом акушером-гинекологом (тарифы установлены в приложении 9);

стоматологическая медицинская помощь (тарифы установлены в приложении 14).

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств ОМС установлены с учетом в том числе расходов, связанных с использованием:

систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, ЭКГ, колоноскопии, первичном или повторном посещении врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача по медицинской профилактике, профилактическом и диспансерном приеме врача терапевта, лечебно-диагностическом приеме врача-терапевта первичном или повторном профилактическом консультировании по коррекции факторов риска (индивидуальном кратком, индивидуальном углубленном, групповом углубленном, ином углубленном);

информационных систем, предназначенных для сбора информации о показателях артериального давления и уровня глюкозы крови при проведении дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом).

Тариф медицинской услуги A26.08.019.23 «Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (Influenza virus)» установлен в размере 435,59 рублей, медицинской услуги B03.014.006.001 «Комплекс для выявления возбудителей острых респираторных инфекций человека в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (РНК метапневмовируса, РНК вирусов

парагриппа, РНК риновируса, РНК аденовируса, РНК бокавируса)» в размере 2183,07 рублей. Оплата включена в тариф посещения, обращения и ФДПн.

Медицинская помощь, оказанная в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, оплачивается вне подушевого норматива финансирования в зависимости от фактически оказанных в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров медицинских услуг и посещений медицинского персонала.

3.2.7. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений, перечень ФП, ФАП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС, диапазоны численности обслуживаемого населения, размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», значения коэффициентов специфики и поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе долю женщин репродуктивного возраста, установлены в приложении 15 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются с учетом КУСмо, которые приведены в таблице 1 настоящего тарифного соглашения, за исключением тарифов:

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

вакцинации для профилактики пневмококковых инфекций у лиц старше 65 лет, имеющих не менее 3 хронических неинфекционных заболеваний 1 раз в 5 лет;

определенных настоящим тарифным соглашением отдельных медицинских услуг в соответствии с приложением 8 к настоящему тарифному соглашению;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

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 по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

услуг диализа;

неотложной медицинской помощи;

тарифов на оплату стоматологической помощи.

Таблица 1

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУСмо), применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ стр.	Уровень оказания медицинской помощи	КУСмо
1.	1 уровень	1,00
2.	2 уровень	1,40

3.3. Тарифы на оплату стоматологической помощи

3.3.1. Базовый тариф на оплату случая оказания стоматологической помощи составляет 258,83 рублей, в котором доля фонда оплаты труда составляет не менее 80 процентов.

3.3.2. Тарифы на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг установлены в приложении 14 к настоящему тарифному соглашению.

3.3.3. К тарифам на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг не применяются установленные настоящим тарифным соглашением КУСмо.

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет:

для медицинской помощи в стационарных условиях – 9 315,63 рубля;

для медицинской помощи в условиях дневного стационара – 2 183,88 рублей.

Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

Перечень КСГ, коэффициенты затратоемкости КСГ, коэффициенты специфики, коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи, тарифы КСГ для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара с учетом коэффициентов подуровня установлены в приложениях 16 и 17 к настоящему тарифному соглашению.

Тарифы КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (ДЗП), определяются на основании базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости (далее – КЗКСГ), с учетом применения коэффициента дифференциации (далее – КД), коэффициента специфики КСГ (далее – КСКСГ), КУСмо только к доле заработной платы и прочих расходов, и приведены в приложениях 16 и 17 к настоящему тарифному соглашению.

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – КДЗПМО), устанавливаются к тарифам КСГ и приведены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.2. Тарифы на оплату законченных случаев оказания ВМП, установлены в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению с учетом

применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

К нормативу финансовых затрат на единицу объема предоставления ВМП коэффициенты специфики, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников и подуровня не применяются.

3.4.3. К тарифам на оплату услуг диализа с учетом применения различных методов оказания медицинской помощи коэффициенты подуровня не применяются.

3.4.4. Коэффициент сложности лечения пациента (далее – КСЛП) устанавливается к тарифам КСГ исходя из базовой ставки, КД и установленного значения КСЛП и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» определяется без КД.

Перечень, значения и основания применения КСЛП приведены в таблицах 1 – 15 приложения 19 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.5. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, применяемые к тарифам на оплату оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинской помощи, установлены в приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.6. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен в приложении 20 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.7. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлены в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.8. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен в приложении 4 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.9. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен в приложении 21 к настоящему тарифному соглашению.

3.5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

3.5.1. ФДПн скорой медицинской помощи включает расходы на оплату скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, за исключением расходов на оплату:

вызова скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 1 284,61 рублей.

Базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 106,43 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации 1,002.

Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

3.5.2. ФДПн скорой медицинской помощи рассчитан на основе базового подушевого норматива и коэффициентов, учитывающих половозрастной состав и уровень расходов медицинских организаций и установлены в приложении 22 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.3. Базовый норматив финансовых затрат на оплату вызова скорой медицинской помощи составляет 13 020,20 рублей.

3.5.4. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, в том числе в связи с проведением тромболитической терапии пациентов, вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации, установлены в приложении 23 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.5. За счет средств ОМС не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с заболеваниями не предусмотренными территориальной программой ОМС, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные вызовы, а также транспортировка пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи, не являющаяся медицинской эвакуацией, вызовы для констатации уже наступившего летального исхода.

3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой согласно сверхбазовой программе ОМС

3.6.1. Обращение, оплачиваемое согласно сверхбазовой программе ОМС – оказание в Центре охраны здоровья семьи и репродукции амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий (за исключением методов вспомогательной репродукции) пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, не вынашивания беременности), нуждающимся в сохранении и восстановлении анатомо-функционального состояния репродуктивной системы, имеющим генетически детерминированные нарушения репродукции и состояния, приводящие к репродуктивным потерям, а также беременным женщинам с гематологическими нарушениями, включающей необходимые диагностические обследования и консультации врачей специалистов. При этом обращение включает не менее двух приемов лечащего врача по поводу одного заболевания.

3.6.2. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС в Центре охраны здоровья семьи и репродукции включает мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», в том числе следующие мероприятия:

оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности) с использованием современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

применение современных методов профилактики абортов и подготовки к беременности и родам;

сохранение и восстановление репродуктивной функции с использованием современных медицинских технологий;

оказание медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

оказание психотерапевтической помощи семье на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности.

Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, приведены в приложении 24 настоящего тарифного соглашения.

К тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, коэффициент подуровня не применяется.

IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

4.1. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой медицинской организацией и фондом согласно Порядку организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядок контроля) и настоящему тарифному соглашению.

4.2. Перечень и размеры санкций, применяемых к медицинской организации за нарушение обязательств при оказании медицинской помощи

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины согласно приложению 25 к настоящему тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон, но не ранее вступления в силу Территориальной программы и распространяется на отношения в сфере ОМС

на территории Ставропольского края с 1 января 2026 года за исключением отдельных положений, в том числе последующих изменений, для которых установлен иной срок вступления в силу.

Настоящее тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем Комиссии в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС.

5.2. Настоящее тарифное соглашение действует один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной на территории Ставропольского края, в течение 2026 года.

5.3. В части, не отраженной в настоящем тарифном соглашении, порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим тарифным соглашением, разъясняют совместно министерство и фонд.

5.4. Информационное взаимодействие участников ОМС осуществляется в едином информационном ресурсе, организованном фондом.

Регламент информационного взаимодействия при расчетах за медицинскую помощь по ОМС, оказанную застрахованным лицам на территории Ставропольского края, утверждается фондом.

Счета, принятые к оплате, формируются в информационной системе фонда и направляются плательщикам на основании предъявленных медицинскими организациями к оплате счетов и реестров счетов и результатов медико-экономического контроля.

Методические указания о предоставлении информации и документов на рассмотрение Комиссии, в том числе правила и сроки обращения медицинских и страховых медицинских организаций, определяются решением Комиссии.

5.5. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

5.6. Тарифное соглашение включает приложения, перечисленные в таблице 2 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 2

Реестр приложений к настоящему тарифному соглашению

№ стр.	Номер приложения	Наименование приложения
	1	2
1	1	Перечень основных терминов, понятий и сокращений, применяемых в настоящем тарифном соглашении

2	2	Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций на территории Ставропольского края
3	3	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи.
4	4	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента в стационарных условиях и условиях дневного стационара
5	5	Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи
6	6	Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ставропольского края
7	7	Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях и коэффициенты, применяемые при их определении
8	8	Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
9	9	Тарифы на оплату первичной врачебной и доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи
10	10	Тарифы диспансеризации определенных групп населения
11	11	Тарифы на оплату комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров определенных групп населения
12	12	Тарифы на оплату комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения
13	13	Тарифы на оплату услуг диализа
14	14	Тарифы на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг
15	15	Перечень фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, финансовое обеспечение которых осуществляется по ФРФОфап
16	16	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
17	17	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в условиях дневного стационара
18	18	Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
19	19	Перечень и основания применения КСЛП к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях
20	20	Перечень КСГ, при формировании стоимости случая лечения в условиях круглосуточного и дневного стационара, по которым применяется КПУ равный 1
21	21	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии
22	22	Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой

		медицинской помощи и коэффициенты, применяемые при их определении
23	23	Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи
24	24	Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по страховым случаям, установленным в дополнение к базовой программе ОМС
25	25	Значение 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
26	26	Перечень МКБ 10, при которых выставление случаев на оплату по двум КСГ возможно в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее двух дней
27	27	Перечень КСГ, при которых правило предъявления случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ большей стоимости не применяется
28	28	Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в стационарных условиях и условиях дневного стационара
29	29	Перечень медицинских услуг, для предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Родоразрешение»
30	30	Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований
31	31	Перечень медицинских организаций, оказывающих процедуру экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара

5.7. Дополнительное соглашение к настоящему тарифному соглашению вступает в силу с даты установленной соответствующим дополнительным соглашением, и составляется в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр дополнительного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения Ставропольского края

_____ Ю.В. Литвинов
«____»_____ 2025 года

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края

_____Н.С. Павличенко
«____»_____ 2025 года

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

_____ Н.М. Зингерова
«____»_____ 2025 года

Президент общественной организации «Врачи Ставропольского края»

_____ М.А. Земцов
«____»_____ 2025 года

Заместитель директора по экономическим вопросам административного обособленного структурного подразделения ООО «СК «Ингосстрах-М» - филиала в г. Ставрополе

_____Ю.А.Терещенко

«____»_____ 2025 года

Председатель Ставропольской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

_____А.И. Кривко

«____»_____ 2025 года