

Выписка из протокола решения Комиссии по распределению объемов
предоставления медицинской помощи от 05.03.2026 № 3

05.03.2026

№ 3

Департамент здравоохранения города Севастополя

Заседание Комиссии по разработке территориальной программы
обязательного медицинского страхования города Севастополя (далее –
Комиссия) проводится в режиме видеоконференцсвязи.

ПОВЕСТКА ДНЯ:

1. Внесение изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного
медицинского страхования города Севастополя на 2026 год.

Первый вопрос повестки дня:

1. Внесение изменений в Тарифное соглашение в системе обязательного
медицинского страхования города Севастополя на 2026 год.

Докладчик: Куваева М.В.

Куваева М.В. доложила.

В связи с заключением Федерального фонда обязательного медицинского
страхования от 17.02.2026 № 00-10-26-2-06/2756, письмами Министерства
здравоохранения Российской Федерации от 24.02.2026 № 31-2/И/2-2986 «О
формировании и экономическом обосновании территориальных программ
государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи на 2026-2028 годы», и от 24.02.2026 № 31-2/И/2-3021 «О методических
рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС»
в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования
города Севастополя на 2026 год, принятое на заседании Комиссии 25.12.2025
года, необходимо внести следующие изменения:

1. В пункте 1.1. Тарифного соглашения абзацы 10 и 11 изложить в новой
редакции:

«- письмом Минздрава России от 24.02.2026 № 31-2/И/2-2986

«О формировании и экономическом обосновании территориальных
программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам
медицинской помощи на 2026-2028 годы»;

- письмом Минздрава России от 24.02.2026 № 31-2/И/2-3021 «О
методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет
средств обязательного медицинского страхования»».

2. В подпункте 2.1.1. пункта 2.1. Тарифного соглашения в абзаце 1 после
слов: «оплаты по тарифам» фразу «за комплексное посещение» заменить на
фразу «за фактически оказанные медицинские услуги».

3. Пункт 2.1. Тарифного соглашения после подпункта 2.1.19. дополнить подпунктами 2.1.20. и 2.1.21. следующего содержания соответственно:

«2.1.20. Расходы на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам оплачиваются за счет средств родовых сертификатов.

2.1.21. Оплата медицинской помощи пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа» оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях за комплексное посещение.».

4. В подпункте 2.2.1. пункта 2.2. Тарифного соглашения абзац 10 изложить в новой редакции:

«9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020 – ds12.028 с длительностью лечения или продолжительностью очного пребывания в условиях дневного стационара менее количества дней, определенных в «Группировщике».».

5. В подпункте 2.2.1. пункта 2.2. Тарифного соглашения абзацы 11 и 12 изложить в новой редакции:

«В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10,

что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в порядке, определенном настоящим Тарифным соглашением.».

6. Подпункты 9), 10), 11) пункта 3.2. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«9) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом 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 № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения» и на оплату законченного случая диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных

(удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, проводимой в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России 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 патронатную семью» в соответствии с Приложением № 13 к Тарифному соглашению;

10) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, проводимого в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России 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», в соответствии с Приложением № 14 к Тарифному соглашению;

11) тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках проведения профилактических медицинских осмотров взрослого населения в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» в соответствии с Приложением № 15 к Тарифному соглашению;».

7. Пункта 3.2. Тарифного соглашения после подпункта 32) дополнить подпунктом 33) следующего содержания:

«33) тарифы на оплату медицинских услуг в кабинете «Диабетическая стопа», оказанных в амбулаторных условиях, в соответствии с Приложением № 11 к Тарифному соглашению.».

8. В подпункте 3.2.1. пункта 3.2. Тарифного соглашения абзац 8 изложить в новой редакции:

«Стоимость проведения диспансеризации формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг в соответствии с тарифами, установленными Приложением № 12 к Тарифному соглашению.».

Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи производится в порядке, определенном настоящим Тарифным соглашением.».

9. Подпункт 3.2.4.5. пункта 3.2. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.2.4.5. Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья за комплексное посещение возможна в случае выполнения всего объема обследований, предусмотренных на 1 этапе и учитываемых при расчете стоимости как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.».

10. В подпункте 3.2.15.3. пункта 3.2. Тарифного соглашения абзацы 4-12 изложить в новой редакции:

«Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача, содержащее в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения МЭК, МЭЭ и ЭКМП. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД № 262 «Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом».

Случай дистанционного наблюдения пациента с артериальной гипертензией за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались на программе:

- «Подбор терапии» не менее чем за 15 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 30 измерений в месяц);

- «Контроль терапии» — не менее чем за 8 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 16 измерений в месяц).

Случай дистанционного наблюдения пациента с сахарным диабетом за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 75% дней в месяц (в среднем не менее 22 дней) не менее чем 75% измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

В связи с необходимостью адаптации пациента к методике выполнения измерений, в том числе индивидуальной настройки используемых технических средств, в первый месяц дистанционного наблюдения пациента допускается снижение числа проводимых пациентом измерений до 50% от установленного количества.

Оплата дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом в амбулаторных условиях осуществляется по тарифам в соответствии с Приложением № 11 настоящего Тарифного соглашения.

При этом, оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Оплата неполных месяцев дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.».

11. В подпункте 3.2.14. пункта 3.2. Тарифного соглашения абзац 4 изложить в новой редакции:

«Консультативно-методическое сопровождение и контроль за проведением медицинской реабилитации, в том числе на дому, может осуществляться с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения).».

12. Подпункт 3.2.15.3. пункта 3.2. Тарифного соглашения абзац 4 изложить в новой редакции:

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 города Севастополя, и (или) медицинских информационных систем, и (или) иных информационных систем. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом.

Результатом оказания дистанционного наблюдения в течение одного месяца является заключение по результатам 1 месяца дистанционного наблюдения, в том числе подписанное электронной цифровой подписью врача, содержащее в том числе сведения о количестве проанализированных измерений, которые необходимы для проведения МЭК, МЭЭ и ЭКМП. Для указанных целей рекомендуется использовать СЭМД № 262 «Протокол по результатам дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациента с артериальной гипертензией или с сахарным диабетом».

Случай дистанционного наблюдения пациента с артериальной гипертензией за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались на программе:

- «Подбор терапии» не менее чем за 15 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 30 измерений в месяц);

- «Контроль терапии» — не менее чем за 8 дней в месяц не менее чем 2 раза в день (в среднем не менее 16 измерений в месяц).

Случай дистанционного наблюдения пациента с сахарным диабетом за конкретный месяц может предъявляться к оплате только при условии, что измерения передавались не менее чем за 75% дней в месяц (в среднем не менее 22 дней) не менее чем 75% измерений, предусмотренных клиническими рекомендациями для соответствующего типа сахарного диабета и применяемой сахароснижающей терапии.

В связи с необходимостью адаптации пациента к методике выполнения измерений, в том числе индивидуальной настройки используемых технических средств, в первый месяц дистанционного наблюдения пациента допускается

снижение числа проводимых пациентом измерений до 50% от установленного количества.

Оплата дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и пациентов с сахарным диабетом в амбулаторных условиях осуществляется по тарифам в соответствии с Приложением № 11 настоящего Тарифного соглашения.

При этом, оплата медицинской помощи в рамках дистанционного наблюдения осуществляется за один месяц дистанционного наблюдения, который может не совпадать с календарным (например, месяцем дистанционного наблюдения может считаться период времени с 3 числа прошлого месяца по 2 число текущего месяца включительно).

Оплата неполных месяцев - дистанционного наблюдения по тарифу, рассчитанному в зависимости от количества календарных дней, за которые передавались измерения, и (или) количества переданных измерений не осуществляется.

Тариф включает в себя расходы на оплату труда медицинского персонала медицинской организации, осуществляющей дистанционное наблюдение (в том числе взаимодействие с пациентом); расходы, связанные с эксплуатацией информационной системы, предназначенной для централизованного сбора информации о мониторируемых показателях; затраты на ремонт и техническое обслуживание тонометров, находящихся на балансе медицинской организации.

При этом, обязательным условием оплаты случая дистанционного наблюдения является наличие у ТФОМС города Севастополя и СМО доступа к информационной системе, предназначенной для централизованного сбора информации о мониторируемых показателях артериального давления и уровня глюкозы крови, включая доступ к детальным сведениям о дате и времени каждого переданного изменения в отношении всех пациентов, находящихся на дистанционном наблюдении, застрахованных в городе Севастополе, для целей проверки соответствия каждого случая дистанционного наблюдения указанным выше требованиям к количеству и частоте измерений.

13. В подпункте 3.2.16 пункта 3.2. Тарифного соглашения абзац 3 изложить в новой редакции:

«Количество занятий, их продолжительность, численность целевой группы пациентов и посещение, установлены в соответствии с примерным перечнем, разработанным ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины», Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденный на заседании Ученого Совета протоколом № 7 от 16.09.2025 года.»

14. Подпункт 3.2.17. пункта 3.2. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.2.17. Оплата в амбулаторных условиях посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний осуществляется вне подушевого

норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи - комплексное посещение.

Стоимость единицы объема формируется как сумма тарифов фактически оказанных медицинских услуг.

Тарифы на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, устанавливаются дифференцированно в зависимости от вида приема пациента и направленные на выявление изменений в организме человека, которые могут привести к преждевременной активации механизмов старения и формированию факторов риска развития заболеваний, в соответствии с Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.».

15. Подпункт 3.2.17.3. пункта 3.2. Тарифного соглашения исключить.

16. Подпункт 3.2.18. дополнить подпунктом 3.2.18.1. следующего содержания:

«3.2.18.1. Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется:

1. Вне подушевого финансирования (за единицу объема медицинской помощи):

- при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей за исключением дистанционного взаимодействия медицинских работников внутри одной медицинской организации;

- при оплате телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения;

- при оплате телемедицинских консультаций по профилю медицинской помощи, исключенному из подушевого финансирования.

2. В рамках межучрежденческих расчетов из средств, получаемых по подушевому нормативу финансирования медицинской организацией, к которой прикреплено застрахованное лицо, при оплате телемедицинских консультаций, не указанных в пункте 1 настоящего раздела.

Стоимость медицинской помощи с применением телемедицинских технологий осуществляется по тарифам в соответствии с Приложением № 3 Тарифного соглашения».

17. Подпункт 3.2.23. пункта 3.2. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.2.23. Медицинская помощь пациентам с риском развития синдрома диабетической стопы в кабинете «Диабетическая стопа» оплачивается в рамках подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях за комплексное посещение.

Мероприятия, проводимые в рамках кабинета «Диабетическая стопа», перечень услуг, оказываемых в кабинете «Диабетическая стопа», представлены в Приложении № 11 настоящего Тарифного соглашения.

Тарифы за комплексное посещение кабинета «Диабетическая стопа» установлены в соответствии с Приложением № 11 настоящего Тарифного соглашения в зависимости от набора проводимых медицинских услуг пациенту.».

18. Подпункт 3.3.1. пункта 3.3. Тарифного соглашения после абзаца 8 дополнить абзацем 9 следующего содержания:

«Прерванные случаи по КСГ, не входящим в Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80 процентов и 90 процентов соответственно).».

19. Подпункт 3.3.2. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.3.2. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и из дневного стационара в круглосуточный), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в тот же класс МКБ -10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-10 пункта 3.3.8. настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 пункта 2.2.1. настоящего Тарифного соглашения.

Приложением № 5 Тарифного соглашения определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом, в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.».

20. Подпункт 3.3.7. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.3.7. Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ включает в себя:

- наименование лекарственных препаратов;
- способ введения;
- количество дней введения для инъекционных форм или дней приёма для таблетированных форм;
- разовую дозу препарата;
- форму выпуска для препаратов, чей способ введения не меняется в зависимости от формы выпуска;
- слова «поддерживающая терапия» для всех МНН, кроме тех, применение которых не подразумевает выделения этапов инициации и поддерживающей терапии.

Для МНН, применение которых не предусматривает этап инициации, как первое введение, так и последующие оплачиваются по КСГ «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов и ингибиторов янус-киназ (уровень 1-20)».

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

21. Подпункт 3.3.8. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.3.8. Оплата медицинской помощи одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях лечения:

1) перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.1. Тарифного соглашения основаниям;

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

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

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

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.

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

- O14.1 Тяжелая преэклампсия.

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

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

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

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

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

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

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

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

11) В случаях выявления у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации в стационарных условиях по КСГ st36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)» заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и оказания медицинской организацией, проводившей диспансеризацию в стационарных условиях, соответствующей медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

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 st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии

инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2–9 пункта 3.3.8. Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2–4 пункта 2.2.1. Тарифного соглашения.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.».

22. Подпункт 3.3.11. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.3.11. Если пациенту в момент оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилям «неонатология», «детская хирургия в период новорожденности», «офтальмология», «сердечно - сосудистая хирургия», «торакальная хирургия», «педиатрия», определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи.

Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.».

23. Абзацы 19 и 22 подпункта 3.3.14. пункта 3.3. Тарифного соглашения исключить.

24. Абзац 4 подпункта 3.3.16. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«Стоимость отдельных КСГ, предусматривающих проведение медицинской реабилитации, определена с учетом установления плановой длительности случая реабилитации. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.031, st37.032, st37.033, st37.034, st37.035, ds37.017, ds37.018, ds37.019) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с пунктом 3.3.1. настоящего Тарифного соглашения.».

25. Подпункт 3.3.16. пункта 3.3. Тарифного соглашения после 12 абзаца дополнить следующим содержанием:

«Оплата случаев медицинской реабилитации детей в медицинских организациях, которые в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации детей, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.10.2019 № 878н, отнесены к медицинским организациям четвертой группы (федеральные центры медицинской реабилитации для детей и федеральные медицинские организации, оказывающие

специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь детям, имеющие в своей структуре отделение (центр) медицинской реабилитации для детей, осуществляющее медицинскую реабилитацию в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара), с использованием КСГ st37.027-st37.029 и ds37.017-ds37.019, осуществляется как:

- законченный случай при условии длительности случая лечения 18 дней и более;
- прерванный случай при условии длительности случая лечения от 12 до 17 дней включительно.

Случай медицинской реабилитации детей в вышеуказанных медицинских организациях 4 группы длительностью 11 дней и менее подлежит оплате по иному КСГ по профилю «медицинская реабилитация» за исключением КСГ st37.027-st37.029 и ds37.017-ds37.019.».

26. В подпункте 3.3.18. пункта 3.3. Тарифного соглашения:

- абзацы 11 и 26 изложить в новой редакции:

«* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).»;

- дополнить абзац 28 следующего содержания:

«Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) одинаков для всех медицинских организаций и равен 1.».

27. Подпункт 3.3.21. пункта 3.3. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.3.21. Коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых приводится в тарифном соглашении и в обязательном порядке отражаются в реестрах счетов.

Случаи, в которых применяется КСЛП и его размер, устанавливаются в соответствии с Приложением № 7 к Тарифному соглашению.

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

В случае применения КСЛП к прерванному случаю оказания медицинской помощи объем направляемых медицинской организации средств исчисляется без учета доли оплаты случаев оказания медицинской помощи, предусмотренных для прерванных случаев лечения.

В случае, если оплата законченного случая лечения осуществляется по двум и более КСГ, значение КСЛП применяется однократно к одной из КСГ, входящих в законченный случай лечения, за исключением:

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

заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую;

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных Приложением № 7 к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

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

Медицинские организации обеспечивают учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)», путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи. Распределение схем сопроводительной лекарственной терапии по уровням КСЛП представлено в Приложении № 7 Тарифного соглашения.»

28. В подпункте 3.3.23. пункта 3.3. Тарифного соглашения абзац 11 изложить в новой редакции:

«*- КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).».

29. Пункт 3.3. Тарифного соглашения после подпункта 3.3.28 дополнить подпунктом 3.3.29. следующего содержания:

«3.3.29. Оплата случаев оказания медицинской помощи по КСГ st36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)» при диспансеризации маломобильных граждан, госпитализированных в медицинскую организацию для проведения первого и второго этапов 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).

В случае невыполнения в полном объеме приемов (осмотров), медицинских исследований и иных медицинских вмешательств в рамках I этапа

в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н, указанный случай оказания медицинской помощи в случае его выставления по КСГ st36.049 следует отклонять от оплаты в полном объеме. При этом случай лечения по КСГ st36.049 может быть отнесен к прерванному в случаях, предусмотренных подпунктами 1, 2, 4, 5, 6 пункта 2.2.1. Тарифного соглашения.».

30. Подпункт 3.4.2. пункта 3.4. Тарифного соглашения изложить в новой редакции:

«3.4.2. Особенности формирования отдельных подгрупп КСГ с использованием лекарственных препаратов для медицинского применения, не включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов за счет средств межбюджетного трансферта бюджета города Севастополя (на основании Постановления № 680-ПП) в соответствии с Приложением № 26 к Тарифному соглашению.».

31. В подпункте 3.4.11. пункта 3.4. Тарифного соглашения абзацы 11 и 25 изложить в новой редакции:

«* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1-3)» (равно единице).».

32. Пункт 3.5. Тарифного соглашения дополнить подпунктом 3.5.6. следующего содержания:

«3.5.6. Порядком оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденным приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н, не предусмотрены положения по транспортировке тяжелых пациентов между медицинскими организациями с использованием автомобилей скорой медицинской помощи.

При этом, финансирование оплаты услуг по транспортировке маломобильных, лежачих, нетранспортабельных пациентов, с целью выполнения порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи:

- в случае необходимости проведения пациенту, находящемуся на лечении в стационарных условиях, диагностических исследований и отсутствия возможности их проведения в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, пациент направляется в медицинскую организацию, располагающую необходимым набором диагностических исследований, силами направившей пациента медицинской организации (например, проведение гемодиализа или обследований на КТ/МРТ, после которых пациент возвращается в направившую его медицинскую организацию). Такая транспортировка может осуществляться за счет средств ОМС;

- в случае необходимости перевода по медицинским показаниям пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, в другую медицинскую организацию перевод осуществляется силами направившей пациента

медицинской организации, в том числе за счет средств ОМС в составе тарифа за оказанную медицинскую помощь;

- в случае необходимости осуществления медицинской эвакуации пациента, находящегося на лечении в стационарных условиях, из медицинской организации, в которой отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий, медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, которая осуществляется за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации).

При отсутствии необходимости в проведении медицинской эвакуации (то есть в отсутствие экстренных показаний для оказания помощи в другой медицинской организации) транспортировка пациента санитарным транспортом, в том числе в сопровождении медицинского работника, осуществляется силами направившей пациента организации (в том числе привлеченной на основе договора/контракта другой медицинской организации).».

33. Исключить из Тарифного соглашения пункты 3.7 и 3.10.

34. Приложение № 1 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 1 к Дополнительному соглашению.

35. Приложение № 3 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 2 к Дополнительному соглашению.

36. Приложение № 6 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 3 к Дополнительному соглашению.

37. Приложение № 7 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 4 к Дополнительному соглашению.

38. Приложение № 11 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 5 к Дополнительному соглашению.

39. Приложение № 26 Тарифного соглашения изложить в новой редакции согласно Приложения № 6 к Дополнительному соглашению.

40. Дополнительное соглашение № 2 от 05.03.2026 вступает в силу с момента его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01.03.2026, за исключением пунктов 34, 39, действие которых распространяется на правоотношения, возникшие с 01.02.2026.

Результаты голосования:

«за» - 9; «против» - 0; «воздержались» - 0.

Пояснение:

В рассмотрении данного вопроса представители медицинских организаций – члены Комиссии в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» не участвуют.

Решение Комиссии:

1. Внести предлагаемые изменения в Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя на 2026 год в соответствии с Дополнительным соглашением от 05.03.2026 № 2 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя от 25.12.2025 года. (Приложение к протоколу).

2. Изменения вступают в силу с момента подписания Дополнительного соглашения от 05.03.2026 № 2 и распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01.03.2026, за исключением пунктов 34, 39 Дополнительного соглашения, действие которых распространяется на правоотношения, возникшие с 01.02.2026.

3. Направить Дополнительное соглашение № 2 от 05.03.2026 с приложениями в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на рассмотрение, с целью подготовки заключения о соответствии базовой программе обязательного медицинского страхования.

Приложение:

Дополнительное соглашение № 2 от 05.03.2026 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования города Севастополя от 25.12.2025 года.

Секретарь комиссии:



М.В. Куваева