

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ НА 2026 ГОД**

21 января 2026 года

г. Луганск

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Луганской Народной Республики, в лице Министра здравоохранения Луганской Народной Республики Пашенко Наталии Александровны, Первого заместителя министра здравоохранения Луганской Народной Республики Валиева Олега Алибоевича.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики, в лице директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики Рощина Алексея Сергеевича, первого заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики Кившарь Елены Александровны.

Представители медицинских организаций:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганская республиканская детская клиническая больница» Луганской Народной Республики, в лице главного врача Белецкой Людмилы Михайловны,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганская городская поликлиника №11» Луганской Народной Республики, в лице главного врача Гальченко Натальи Николаевны,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Луганская республиканская физиотерапевтическая поликлиника имени профессора А. Е. Щербака» Луганской Народной Республики в лице главного врача Ромашко Андрея Михайловича,

Представители Луганской республиканской организации Проффессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Строкач Яны Анатольевны, и главного специалиста Голикова Сергея Викторовича, главного специалиста Калашниковой Екатерины Владимировны,

Представители региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики», в лице председателя Вольмана Олега Валерьевича, и заместителя председателя Воскобойникова Олега Юрьевича, члена Рябцевой Ольги Дмитриевны.

действуя на основании Положения о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н, и распоряжения Правительства Луганской Народной Республики от 30.01.2025 № 49-р/25 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики» и именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики на 2026 год (далее - Тарифное соглашение).

1. Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской

Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Луганской Народной Республики и настоящим Тарифным соглашением.

2. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики на основании:

- Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;

- Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Постановления Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 года № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее - Программа государственных гарантий);

- Постановления Правительства Российской Федерации от 5 ноября 2022 года № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Постановления Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2025 года № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2021 года № 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»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

- Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

- Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 года № 79 «Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанных рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по актуализации методологических подходов к оплате медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 № 31-2/200-00-10-26-2-06/2778.

- Разъяснений Министерства здравоохранения Российской Федерации «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», направленных письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.02.2025 № 31-2/И2-2286;

- Закона Луганской Народной Республики от 17 декабря 2025 года № 225-І «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Луганской

Народной Республики на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;

- Постановления Правительства Луганской Народной Республики от «___» _____ 2026 года № _____ «Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Луганской Народной Республики на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее - Территориальная программа государственных гарантий);

- Распоряжения Правительства Луганской Народной Республики от 30.01.2025 № 49-р/25 «О создании комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики»

и другими федеральными и региональными нормативными правовыми актами, регулирующими отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

3. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным по ОМС лицам в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Луганской Народной Республики на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Луганской Народной Республики, в части Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС).

4. Тарифное соглашение устанавливает тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, способы оплаты медицинской помощи, порядок формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, а также структуру тарифов и состав расходов, включаемых в тарифы на оплату медицинской помощи.

5. Тарифное соглашение и тарифы применяются:

- для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой ОМС застрахованным лицам на территории Луганской Народной Республики;

- для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации, по условиям оказания медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

6. Тарифное соглашение распространяется на всех участников ОМС при реализации Территориальной программы ОМС.

7. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в приложениях к настоящему Тарифному соглашению.

8. Рассмотрение тарифов и формирование Тарифного соглашения осуществляются Комиссией по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики.

9. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, производится в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными правовыми документами в сфере ОМС, утвержденными в установленном порядке.

10. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия:

1) **медицинская помощь** - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг;

2) **медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

3) **медицинская организация** - юридическое лицо независимо от организационно-правовой формы, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии и (или) уведомления, выданных в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, и включенное в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

4) **медико-экономический контроль** - установление соответствия сведений об объемах и стоимости оказанной застрахованным лицам медицинской помощи на основании представленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию или договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, программам обязательного медицинского страхования, объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи;

5) **медико-экономическая экспертиза** - установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов медицинской помощи, предъявленных к оплате, записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации;

6) **экспертиза качества медицинской помощи** - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата;

7) **прикрепленное лицо** - лицо, застрахованное по ОМС, проживающее на территории Луганской Народной Республики и выбравшее для получения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях медицинскую организацию, осуществляющую деятельность в сфере ОМС Луганской Народной Республики;

8) **подушевой норматив финансирования на прикрепившихся застрахованных лиц** - плановая сумма финансовых средств на одно прикрепленное лицо, предназначенная для оплаты первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной, медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации;

9) **комплексное посещение** - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической или лечебно-диагностической целью, в соответствии с установленным объемом медицинских исследований, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

10) **посещение (с профилактической целью и (или) при оказании медицинской**

помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного;

11) **обращение по поводу заболевания** - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания к врачам одной специальности (складывается из первичных и повторных посещений), включающего лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, консультации 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;

12) **посещение приемного отделения/покоя** - оказание медицинской помощи в неотложной форме с проведением лечебно-диагностических мероприятий и с последующей записью в первичной медицинской документации, не завершившееся госпитализацией в данную медицинскую организацию;

13) **вызов скорой медицинской помощи** - единица объема медицинской помощи, используемая для учета случаев скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;

14) **условная единица трудоемкости (УЕТ)** - норматив, используемый при оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи;

15) **пациенто-день** - единица учета, отражающая длительность пребывания пациента в условиях дневного стационара;

16) **случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре)** - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования;

17) **прерванный случай лечения** - случай прерывания госпитализации (оказания медицинской помощи) по одной из причин, указанной в пункте 2.5.5 настоящего Тарифного соглашения;

18) **законченный случай лечения в круглосуточном и дневном стационаре** - совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в виде диагностической, лечебной и реабилитационной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов, от момента поступления до выбытия из стационара по основаниям, которые не позволяют отнести случай к прерванному, подтвержденного первичной медицинской документацией;

19) **высокотехнологичная медицинская помощь** - медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, которая включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий и методов генной

инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники;

20) **клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов);

21) **оплата медицинской помощи по КСГ** - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратно-емкости и иных соответствующих коэффициентов;

22) **подгруппа в составе КСГ** - группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп, установленных Приложением 10 к Методическим рекомендациям;

23) **базовая ставка** - размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы;

24) **коэффициент дифференциации** - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы, и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (КД = 1,001).

Значение коэффициента дифференциации Луганской Народной Республики в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» равно 1,001;

25) **коэффициент относительной затратно-емкости** - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

26) **коэффициент специфики** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

27) **коэффициент уровня медицинской организации** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;

28) **коэффициент подуровня медицинской организации** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами;

29) **коэффициент сложности лечения пациентов** - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи;

30) **направление** - документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у, утвержденной приказом Минздрава Российской Федерации от 02 сентября 2025 года № 519н, и выдаваемый гражданину с целью получения им медицинской помощи;

31) **реестр счета** - реестр персонифицированных сведений о пролеченных пациентах и об оказанной медицинской помощи на основании данных первичной медицинской документации;

32) **межучрежденческие расчеты** - расчеты между медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, установленными **Приложением № 41** к настоящему Тарифному соглашению, осуществляемые за единицу объема (обращение, посещение, медицинскую услугу) в пределах тарифов, установленных настоящим Тарифным соглашением.

11. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией застрахованному лицу, осуществляется:

- на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

- в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС и распределенных решением Комиссии на год;

- в соответствии с лицензией и (или) уведомлением медицинской организации на медицинскую деятельность;

- на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС;

- по тарифам и способам оплаты медицинской помощи, утвержденным настоящим Тарифным соглашением, действующим на дату окончания лечения.

12. Медицинская организация предоставляет реестры счетов на оплату медицинской помощи в ТФОМС Луганской Народной Республики, в соответствии с утвержденным Регламентом информационного взаимодействия при ведении персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в сфере ОМС, ежемесячно в установленные сроки.

13. К оплате предъявляется медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за отчетный период с 1 января 2026 года (с первое по последнее число отчетного месяца).

Счета и реестры счетов, предъявленные к оплате с нарушением условий (сроков подачи реестров счетов), отклоняются от оплаты.

С 01.02.2026 к оплате предъявляется медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам за отчетный и предыдущий отчетному периоду месяцы.

14. При наличии отклоненных реестров счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного медико-экономического контроля, медицинская организация вправе доработать и представить отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее 25 рабочих дней с даты получения акта, сформированного по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи.

15. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным на территории Луганской Народной Республики, осуществляется ТФОМС Луганской Народной Республики в объеме Территориальной программы.

16. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, расположенными на территории Луганской Народной Республики, гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Луганской Народной Республики в объеме базовой программы ОМС.

17. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве, осуществляется за счет средств Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

18. Возраст пациента определяется на дату начала оказания медицинской помощи:

- дети - до 17 лет 11 месяцев 29 дней;
- взрослые - 18 лет и старше.

Со дня рождения ребенка и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, счета на оплату медицинской помощи выставляются по реквизитам полиса ОМС матери новорожденного или других законных представителей, с обязательным указанием в персональном счете даты рождения и пола ребенка. По истечении тридцати дней со дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме обязательное медицинское страхование осуществляется Территориальным фондом ОМС, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЛУГАНСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

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

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

- а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (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), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи

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

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

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

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

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

(определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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)

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

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

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

приложении 8 к Программе государственных гарантий, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

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

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

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

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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

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

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, в том числе федеральных медицинских организаций, приведен в **Приложении № 1** к настоящему Тарифному соглашению.

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

2.3.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц

при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях **включает расходы** на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную в том числе по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи:

- посещение с профилактическими и иными целями;
- обращение в связи с заболеванием;
- 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;

расходы на оплату проведения диспансерного наблюдения детского населения

за исключением:

- стоматологической медицинской помощи;
- медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»;
- медицинской помощи по профилю «Онкология»;
- неотложной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе в приемных отделениях стационаров, без последующей госпитализации в течение одних суток;
- 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), ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;
- расходов на неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);
- расходов на медицинскую помощь, связанную с определением РНК-вируса гепатита С в крови методом ПЦР и лабораторную диагностику для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС).
- расходов на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания,
- расходов на проведение диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях
- расходов на медицинскую помощь по дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов, в том числе пациентов с сахарным диабетом и пациентов с артериальной гипертензией;
- расходов на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья (в том числе второй этап диспансеризации);
- расходов на диспансеризацию детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- объема средств, направляемых на финансовое обеспечение, фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов);

- комплексных посещений по медицинской реабилитации;
- расходов на оплату заместительной почечной терапии (услуг диализа в амбулаторных условиях);
- расходов на комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;
- расходов на медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при проведении телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.
- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в центрах амбулаторной онкологической помощи (посещения, обращения по профилю «Онкология»);
- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным на территории Луганской Народной Республики, в других субъектах Российской Федерации;
- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой лицам, застрахованным на территории Луганской Народной Республики, не прикрепленным ни к одной медицинской организации;
- медицинской помощи, оказанной в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, в зависимости от фактически оказанных в рамках второго этапа медицинских услуг и посещений медицинского персонала.

Расчет подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

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

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

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

2) коэффициенты половозрастного состава (далее - КДпв);

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

4) коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения на территории Луганской Народной Республике (далее - КДзп);

5) коэффициенты дифференциации (далее - КД).

Месячный объем финансирования медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу рассчитывается и утверждается приказом Территориального фонда ОМС Луганской Народной Республики и доводится до медицинских организаций.

2.3.3. Применение показателей результативности деятельности медицинской организации.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинской организации установлен в **Приложении № 42** к Тарифному соглашению.

2.3.4. Медицинская помощь, оказываемая фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами/фельдшерскими здравпунктами), оплачивается по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Медицинская помощь, оказываемая фельдшерско-акушерскими пунктами, (фельдшерскими пунктами, фельдшерскими здравпунктами) оплачивается по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, с учетом критерия соответствия их требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Расчет и размер финансового обеспечения ФАП (ФП/ФАЗ) при условии их соответствия требованиям, установленным Приказом №202н, приведены в пункте 3.9 Тарифного соглашения.

Медицинские организации обеспечивают целевой характер использования средств, выделяемых на финансирование ФАП (ФП/ФЗ).

2.3.5. Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за посещение, за обращение (законченный случай), за медицинскую услугу, комплексное посещение) по тарифам в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

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

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

2.3.6. Отдельные диагностические (лабораторные) исследования:

- компьютерная томография, в том числе с контрастированием;
- магнитно-резонансная томография, в том числе с контрастированием;
- ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы;
- эндоскопические диагностические исследования;

- молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- позитронная эмиссионная томография и (или) позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ);

- однофотонная эмиссионная компьютерная томография и (или) однофотонная эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ-КТ), скintiграфия;

- неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);

- определение РНК-вируса гепатита С в крови методом ПЦР;

- лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС).

Перечень медицинских организаций, оказывающих отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), - приведен в **Приложении № 1** к настоящему Тарифному соглашению.

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

При проведении КТ и МРТ исследований с контрастированием дополнительно к тарифам на КТ и МРТ применяется тариф по коду услуги А11.12.003 «Внутривенное введение лекарственных препаратов (при КТ исследованиях)» или А11.12.003.005 «Внутривенное введение лекарственных препаратов» (при МРТ исследованиях).

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

2.3.7. Комплексные посещения.

2.3.7.1. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, диспансерного наблюдения, осуществляется вне подушевого норматива финансирования за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение) в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным

законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»,

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 211н, «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы N 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" (Зарегистрировано в Минюсте России 22 мая 2025 г. N 82300)

- Приказ Минздрава России от 14.04.2025 N 212н, «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы N 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения N 030/о-Д/с, порядка ее заполнения» (Зарегистрировано в Минюсте России 28 мая 2025 г. N 82387),

- от 21 апреля 2022 года № 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» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366),

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

- от 15 марта 2022 года № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288),

- от 4 июня 2020 года № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786),

- Приказ Минздрава России от 11.04.2025 N 192н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях" (Зарегистрировано в Минюсте России 16 мая 2025 г. N 82218),

а также с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, утвержденным Приложением № 6 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 и в соответствии с Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными Министерством здравоохранения Российской Федерации 29.03.2024

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

помощи» национального проекта «Здравоохранение».

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

Профилактический осмотр является завершенным и подлежит оплате за комплексное посещение в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения исследований, включенных в Перечень исследований (I этап).

В случае выполнения неполного набора услуг при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних оплата осуществляется дифференцированно в зависимости от проведенных исследований, представленных в **Приложении № 11** к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за комплексное посещение при выполнении не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации.

Второй этап диспансеризации и профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и включает в себя осмотр (консультацию) врачей-специалистов, диагностические исследования в соответствии с Порядками Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

Положение, регулирующее средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, установленных 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 и компьютерной томографии головного мозга), в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в рамках настоящего тарифного соглашения на территории Луганской Народной Республики не действуют в связи с отсутствием практики их использования в медицинских организациях Луганской Народной Республики.

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

Оплата медицинской помощи в рамках 2 этапа диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за медицинскую услугу) в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренным Приложением № 6 к Программе государственных гарантий, а также Методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными Министерством здравоохранения Российской Федерации 29.03.2024.

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

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному **Приложением № 34** к Тарифному соглашению.

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

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи по тарифам, установленным **Приложением № 34** к Тарифному соглашению, в соответствии с перечнем медицинских услуг, предусмотренным Приложением № 5 к Программе государственных гарантий.

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, учитываемых при расчете стоимости комплексного посещения.

Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение, включающее стоимость посещения врача, проводящего диспансерное наблюдение, а также усредненную стоимость физикальных, лабораторных и инструментальных диагностических исследований, предусмотренных порядками, утвержденными Минздравом России, за исключением исследований (КТ, МРТ, УЗИ сердечно-сосудистой системы, ЭДИ, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, молекулярно-биологических исследований, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, сцинтиграфии, а также консультаций врачей других специальностей, тарифицированных отдельно и оплачиваемых в рамках установленных объемов на их проведение.

Оплата случаев диспансерного наблюдения за комплексное посещение осуществляется по тарифам, установленным **Приложением № 38** к Тарифному соглашению.

Диспансерное наблюдение детей осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России от 11.04.2025 N 192н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (Зарегистрировано в Минюсте России 16 мая 2025 г. N 82218) и оплачивается в рамках норматива подушевого финансирования медицинской организации.

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 медицинских услуг и посещений медицинского персонала.

2.3.7.2. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, исходя из установленных Территориальной программой государственных гарантий нормативов объема и нормативов финансовых затрат на единицу

объема для медицинской реабилитации.

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

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает не менее 10 - 12 посещений. Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации, а также учитывает перечень, объем и кратность услуг в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Луганской Народной Республики от 05.05.2025г. № 198-ОД «Об организации оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» взрослого населения Луганской Народной Республики».

2.3.7.3. Оплата посещений школ сахарного диабета осуществляется (вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации) за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля, по тарифам, установленным **Приложением № 37** к Тарифному соглашению.

2.3.7.4. Оплата посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации за комплексное посещение.

2.3.8. Посещения в неотложной форме.

Оплата неотложной помощи, в том числе оказание неотложной медицинской помощи в приемном отделении стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась, осуществляется по тарифу посещения на оказание неотложной помощи (**Приложения № 8** к Тарифному соглашению), за исключением стоматологической помощи, оплата которой осуществляется на основании пункта 2.3.10 Тарифного соглашения.

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

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

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

2.3.10. Оплата стоматологической помощи осуществляется за условную единицу трудоемкости (далее - УЕТ) в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с Территориальной программой ОМС и распределенных Комиссией.

За единицу стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, принимается условная единица трудоемкости (УЕТ).

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

Для учета амбулаторной стоматологической помощи используется среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях (**Приложение № 17, 18 к Тарифному соглашению**).

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

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

Стоимость 1 УЕТ в амбулаторных условиях приведена в **Приложении № 17 к Тарифному соглашению**.

2.3.11. Оплата комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья осуществляется вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, а за единицу объема (за комплексное посещение), включающее в себя перечень услуг установленными в **Приложении № 44 к настоящему Тарифному соглашению**.

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

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

При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет иных источников.

Оплата услуг диализа осуществляется дифференцированно по методам диализа согласно **Приложению № 14 к Тарифному соглашению**.

2.4. В соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости выполнения диагностических медицинских услуг другой медицинской организацией по направлению с учетом выстроенной маршрутизации возможно применение способа оплаты медицинской помощи в рамках МУР. Порядок оплаты медицинской помощи при межучрежденческих расчетах (МУР) на территории Луганской Народной Республики приведен в **Приложении № 41 к Тарифному соглашению**.

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

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также коэффициенты уровня оказания медицинской помощи приведены в **Приложениях № 19 и 25 к Тарифному соглашению**.

2.5.2. В целях обеспечения единых принципов оплаты специализированной медицинской помощи применяются подходы, изложенные в Методических рекомендациях по способам оплаты за счет средств ОМС.

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

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

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

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

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

- услуг диализа, включающих различные методы.

2.5.5. В соответствии с Программой государственных гарантий к прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);
7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении

симптоматического лечения;

8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1 - 7 пункта 4.1 данного раздела) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, приведенный в приложении №8 к Программе;

9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026, st37.027, st37.028, st37.029, st37.030, 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 Программой и приложением 6 и 7 к Методическим рекомендациям (далее - Группировщик (приложение 6 и 7)).

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 10 пункта 4.3 настоящего раздела рекомендаций, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2 - 4 пункта 4.1 данного раздела.

2.6. Перечень КСГ круглосуточного и дневного стационаров, для которых длительность госпитализации три дня и менее является оптимальными сроками лечения, представлен в **Приложениях № 23, № 27** к Тарифному соглашению.

2.7. Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров и особенности формирования отдельных КСГ установлены **Приложением № 43** к Тарифному соглашению.

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

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

2.9. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара.

Высокотехнологичная медицинская помощь (ВМП) в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики, оказывается в соответствии с разделом I перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи приложения к Программе государственных гарантий.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется согласно нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования по тарифам, представленным в **Приложении № 21** к Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих ВМП на территории Луганской Народной Республики, приведен в **Приложении № 1** к Тарифному соглашению.

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

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню ВМП, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

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

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

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

Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

2.10. Случаи оказания медицинской помощи в приемном отделении/покое стационара без последующей госпитализации пациента оплачиваются по тарифу неотложной помощи в условиях приемного отделения/покой, установленному **Приложением № 8** к Тарифному соглашению.

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

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

2.11. При определении фактического количества дней лечения в рамках одного случая госпитализации день поступления и день выписки считается за 1 койко-день в условиях круглосуточного стационара, за 2 пациенто-дня в условиях дневного стационара.

2.12. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в Программу государственных гарантий, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС по тарифам, установленным в **Приложении № 40** к Тарифному соглашению.

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

При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

а) по подушевому нормативу финансирования;

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

2.13.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), приведен в **Приложении № 1** к Тарифному соглашению.

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

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

- оплаты скорой медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах

Российской Федерации.

2.13.3. При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи применяются для возмещения расходов медицинским организациям, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Луганской Народной Республики, при оказании медицинской помощи застрахованным в Луганской Народной Республики лицам и лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи сформированы в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи, установленной Правилами ОМС и иными нормативными правовыми документами.

3.3. Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в соответствии с Приказом Минздрава России от 10 января 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»:

1) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату медицинской помощи, и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, и (или) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

2) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату медицинской помощи, и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи, и (или) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

3) коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) третьего уровня применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.4. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи применяется дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, по группам медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества ФАП.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, принимаются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Луганской Народной Республики, в медицинских организациях в рамках заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи во обязательном медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Луганской Народной Республики в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования

В тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, включаются расходы на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практика (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 фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских 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.

Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС, в том числе осуществлять раздельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара, высокотехнологичная медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, скорая медицинская помощь вне медицинской организации).

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

3.6.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, предусматривают компенсацию расходов на посещение врачей определенных специальностей, медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием, и компенсацию расходов медицинской организации на весь комплекс мероприятий

по диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации.

3.6.2. Комиссией вне зависимости от применяемого способа оплаты установлены единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при МУР и МРТ.

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

3.6.4. Средний размер финансового обеспечения (подушевой норматив) медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одного застрахованного гражданина, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых

затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования без учета финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной на территориях других субъектов РФ лицам, застрахованным в Луганской Народной Республики, на 2026 год – 7 425,64 рубля.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу без учета средств, направляемых на выплаты в случае достижения показателей результативности

деятельности, составляет 115,25 рублей в месяц (1383,01 рублей в год).

Значение коэффициента дифференциации Луганской Народной Республики в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» равно 1,001.

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

Значения коэффициентов уровня расходов медицинских организаций КДУР для медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, установлены **Приложением № 3** к Тарифному соглашению.

КДЗП и КД для всех медицинских организаций, использующих соответствующий способ оплаты, принимается равным 1 (**Приложение № 3** к Тарифному соглашению).

С целью учета различий в потреблении медицинской помощи устанавливаются коэффициенты половозрастного состава.

Коэффициенты половозрастного состава рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период, но не реже одного раза в год, и о численности застрахованных лиц за данный период.

Для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования численность застрахованных лиц в Луганской Народной Республики распределяется на следующие половозрастные группы:

- 1) до года мужчины/женщины;
- 2) год - четыре года мужчины/женщины;
- 3) пять - семнадцать лет мужчины/женщины;
- 4) восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- 5) шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Все лица, застрахованные в Луганской Народной Республики в расчетном периоде, распределяются на половозрастные группы. К расчету коэффициентов половозрастного состава принимается численность застрахованных лиц на территории Луганской Народной Республики, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц.

Затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам,

определяются

на основании реестров счетов, предъявленных на оплату за медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период, в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории Луганской Народной Республики.

Значения половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп населения для медицинской помощи в амбулаторных условиях приведены в **Приложении № 2** к Тарифному соглашению.

Значения коэффициентов половозрастного состава для медицинских организаций приведены в **Приложении № 3** к Тарифному соглашению.

Расчет коэффициента 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.

В медицинской организации с учетом наличия у нее подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты дифференциации $K_{Дот}$ в размере:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, - не менее 1,113;
- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, - не менее 1,04.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации $K_{Дот}$, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения.

Значения 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 представлены в **Приложении № 3** к Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинских организаций приведен в **Приложении № 3** к Тарифному соглашению.

3.9. Размер базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение

фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава Российской Федерации от 14 апреля 2025 года № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее - приказ № 202н), в среднем составляет на 2026 год:

- ФАП (ФП/ФЗ), обслуживающий до 100 жителей, - 1535,2 тыс. рублей (применен понижающий поправочный коэффициент уровня в зависимости от численности населения, обслуживаемого ФАП (ФП/ФЗ), к размеру финансового обеспечения ФАП (ФП/ФЗ), обслуживающего от 101 до 800, - 1,001); Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих до 100 человек и более 2000 человек, устанавливается субъектом Российской Федерации с учетом понижающего или повышающего коэффициента в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 101 до 800 человек и обслуживающий от 1501 до 2 000 человек.

- ФАП (ФП/ФЗ), обслуживающий от 101 до 800 человек, - 1 533,7 тыс. рублей;
- ФАП (ФП/ФЗ), обслуживающий от 801 до 1500 человек, - 3 067,5 тыс. рублей;
- ФАП (ФП/ФЗ), обслуживающий от 1501 до 2 000 человек, - 3 067,5 тыс. рублей;
- ФП/ФАП, обслуживающий свыше 2001 жителей, - 3070,6 тыс. рублей.

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФП/ФАП ($ОС_{ФАП}^i$) в i -й медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^i = \sum_n (Ч_{ФАП}^n \times БНФ_{ФАП}^n \times КС_{БНФ}^n), \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}^i$	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в i -й медицинской организации
$Ч_{ФАП}^n$	число фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению)
$БНФ_{ФАП}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций - фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов n -го типа
$КС_{БНФ}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н (для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определен разделом 6 Программы, устанавливается значение коэффициента равное 1)

Коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н, для типов фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, для которых размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов рассчитывается по формуле:

$$КС_{БНФ}^n = 0,75 \times УК \frac{\Phi П}{\Phi АП} + 0,25 \times МТО \frac{\Phi П}{\Phi АП},$$

$КС_{БНФ}^n$ не может быть больше единицы.

$ОС_{\Phi АП}^i$ - размер финансового обеспечения $\Phi П/\Phi АП$ n -го типа, содержит:

- 75 процентов - затраты на формирование фонда оплаты труда с начислениями;
- 25 процентов - затраты на содержание и обеспечение материально-технической базы $\Phi П/\Phi АП$, затраты на приобретение медикаментов.

Укомплектованность $\Phi П/\Phi АП$ кадрами ($УК \Phi П/\Phi АП$) определяется по следующей формуле:

$$УК \frac{\Phi П}{\Phi АП} = \frac{ЗД_{\Phi АП}}{РШН_{\Phi АП}},$$

$ЗД_{\Phi АП}$ - количество занятых должностей $\Phi П/\Phi АП$;

$РШН_{\Phi АП}$ - количество рекомендуемых Приказом № 543н штатных нормативов $\Phi АП$.

При этом число рекомендуемых штатных нормативов $\Phi АП$, обслуживающего до 100 жителей, соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов $\Phi АП$, обслуживающего от 101 до 900 жителей.

Число рекомендуемых штатных нормативов $\Phi АП$, обслуживающего свыше 2000 жителей, соответствует числу рекомендуемых штатных нормативов $\Phi АП$, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

Материально-техническая оснащенность $\Phi П/\Phi АП$ ($МТО \Phi П/\Phi АП$) определяется по следующей формуле:

$$МТО \frac{\Phi П}{\Phi АП} = \frac{\text{процент оснащения от норматива}}{100}.$$

В случае если $УК \frac{\Phi П}{\Phi АП} = 0$, финансирование $\Phi П/\Phi АП$ не осуществляется.

В случае, если оказание первичной медико-санитарной помощи не осуществляется в $\Phi П/\Phi АП$ по причине отсутствия среднего медицинского персонала (вакантная должность, работник находится в отпуске по уходу за ребенком) - $УК \Phi П/\Phi АП = 0$.

$УК \frac{ФП}{ФАП}$ и $МТО \frac{ФП}{ФАП}$ определяются на основании отчетов, предоставляемых медицинскими организациями ежемесячно до 10 числа следующего за отчетным месяца.

Размер финансового обеспечения ФАП (ФП/ФЗ) устанавливается с учетом повышающего коэффициента, рассчитывающегося с учетом доли женщин репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно) в численности прикрепленного населения в случае оказания медицинской помощи ФАП (ФП/ФЗ) женщинам репродуктивного возраста фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического учения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), но при отсутствии в данных пунктах акушеров.

Данный повышающий коэффициент (в разрезе фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов/фельдшерских здравпунктов)), учитывается в составе коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202н, и устанавливается в **Приложении № 4** к настоящему Тарифному соглашению дифференцированно по структурным подразделениям.

В случае, если у ФАП (ФП/ФЗ) в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 202н, годовой размер финансового обеспечения ФАП (ФП/ФЗ) учитывает объем средств, направленных на финансовое обеспечение ФАП (ФП/ФЗ) за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$ОС_{ФАП}^j = ОС_{ФАП_{ит}}^j + \left(\frac{БНФ_{ФАП}^j \times КС_{БНФ}^j}{12} \times n_{мес} \right),$$

где:

$ОС_{ФАП}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта

$ОС_{ФАП_{ит}}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с начала года

$n_{мес}$ количество месяцев, оставшихся до конца календарного года

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФАП (ФП/ФЗ).

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАП (ФП/ФЗ), включает в себя в том числе объем средств на оплату медицинской помощи в ФАП (ФП/ФЗ) в неотложной форме.

Актуализированная информация предоставляется только по ФАП (ФП/ФЗ), имеющим лицензию или уведомление об осуществлении видов деятельности из числа указанных в части 1 статьи 12 Федерального закона «О лицензировании отдельных видов деятельности»,

осуществление которой на территории Луганской Народной Республики допускается без получения лицензии.

Перечень ФАП (ФП/ФЗ) и объем средств, направляемых на их финансовое обеспечение, представлен в **Приложении № 4** к Тарифному соглашению.

3.10. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установлен в **Приложении № 5** к настоящему Тарифному соглашению.

3.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций Луганской Народной Республики, отнесенных к одному уровню (подуровню).

Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, а также видов расходов, не включенных в подушевой норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

3.11.1. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях (посещения с профилактической и иной целью, разовые посещения заболеванию) и в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, в рамках второго этапа проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации детей, а также с использованием мобильных бригад для проведения второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, установлены в **Приложении № 6** к Тарифному соглашению.

3.11.2. Тарифы на оплату медицинской помощи за обращение по поводу заболевания (законченный случай) к врачу по специальностям установлены в **Приложении № 7** к Тарифному соглашению.

3.11.3. Оплата посещений в неотложной форме осуществляется по тарифам, установленным в **Приложении № 8** к Тарифному соглашению.

3.11.4. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме в приемном отделении/приемном покое, не требующей госпитализации, установлены в **Приложении № 8** к Тарифному соглашению.

3.11.5. Тарифы за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения при условии выполнения не менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, включая обязательные мероприятия и исследования, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), а также с использованием мобильных бригад, работы в выходной день и в центрах здоровья, установлены в **Приложении № 9** к настоящему Тарифному соглашению.

3.11.7. Тарифы за законченный случай (комплексное посещение) при проведении профилактического медицинского осмотра взрослого населения, при условии выполнения не

менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра, включая обязательные мероприятия, в том числе с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации, в том числе с использованием мобильных бригад, в выходной день и в центрах здоровья, установлены в **Приложении № 10** к Тарифному соглашению.

3.11.8. Тарифы за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних, в том числе в центрах здоровья, установлены в **Приложении № 11** к Тарифному соглашению.

3.11.9. Тарифы за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также диспансеризации детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, в том числе в центрах здоровья, установлены в **Приложении № 12** к Тарифному соглашению.

3.11.10. Тарифы за законченный случай (комплексное посещение) в связи с проведением диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе в центрах здоровья, установлены в **Приложении № 13** к Тарифному соглашению.

3.11.11. Тарифы на оплату медицинских услуг диализа установлены в **Приложении № 14** к Тарифному соглашению.

3.11.12. Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования) установлены в **Приложении № 15** к Тарифному соглашению.

3.11.13. Тарифы на лечебно-диагностические услуги для проведения межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, производимых страховыми медицинскими организациями, установлены в **Приложении N 16** к Тарифному соглашению.

3.11.14. Тарифы на оплату стоимости 1 УЕТ при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях установлены в **Приложении № 18** к Тарифному соглашению.

3.11.15. Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую с применением телемедицинских технологий в рамках межучрежденческих расчетов между медицинскими организациями, установлены в **Приложении № 32** к Тарифному соглашению.

3.11.16. Тарифы для оплаты I и II этапов углубленной диспансеризации установлены в **Приложении № 34** к Тарифному соглашению.

3.11.17. Тарифы на оплату комплексного посещения по профилю "Медицинская реабилитация" в амбулаторных условиях установлены в **Приложении № 35** к Тарифному

соглашению.

3.11.18. Тарифы на оплату медицинской помощи за комплексное посещение школы сахарного диабета установлены в **Приложении № 37** к Тарифному соглашению.

3.11.19. Тарифы на оплату случаев диспансерного наблюдения, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, установлены в **Приложении № 38** к Тарифному соглашению.

3.11.20. Тарифы на оплату приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам, установлены в **Приложении № 39** к Тарифному соглашению.

3.11.21. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека) 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, для взаиморасчетов между медицинскими организациями осуществляется по отдельным тарифам, предусмотренным **Приложением № 40** к Тарифному соглашению.

3.11.23. Тарифы на посещение центров здоровья установлены в **Приложении № 44** к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

3.12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

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 ОМС, и составляет для медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара составляет 8 998,20 рубля.

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), в стационарных условиях определяется исходя из следующих параметров:

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

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

- среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ.

3.12.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, предусматривают компенсацию расходов в объеме, обеспечивающем лечебно-диагностический процесс в рамках случая госпитализации, включая на расходы:

- все виды анестезии, включая наркоз (лекарственными препаратами, входящими в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов);

- лекарственные препараты и медицинские изделия в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов и перечнем медицинских изделий, имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также не входящие в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов или перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, - в случаях их замены из-за индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям по решению врачебной комиссии;

- лабораторные, рентгенологические исследования, другие лечебно-диагностические исследования.

3.12.2. Тариф законченного случая лечения в условиях круглосуточного стационара включает, в том числе, расходы медицинских организаций на выполнение в иных медицинских организациях необходимых пациенту консультативных, диагностических и (или) лечебных медицинских мероприятий в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи (протоколами лечения) по основному заболеванию, и (или) при обострении сопутствующего заболевания, и (или) возникающих острых состояниях от момента поступления до выписки.

3.12.3. Расчет за выполнение в иных медицинских организациях необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных медицинских мероприятий проводится в рамках МУР по тарифам в соответствии с **Приложением № 16** к Тарифному соглашению.

3.12.4. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, рассчитаны с учетом:

1) средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), которая составляет 34 133,51 рубля (без учета коэффициента дифференциации);

2) коэффициента относительной затратоемкости (КЗксг), значение которого устанавливается на федеральном уровне;

3) коэффициента дифференциации (КД) - 1,001;

4) коэффициента специфики оказания медицинской помощи (КСксг), значение которого устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4;

5) коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации (КУСмо), установленных в размере:

Уровень/подуровень медицинской организации (отделения медицинской организации)	Коэффициент
---	-------------

1	0,9
2	1,05
3	1,25

б) коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), перечень случаев и значения для которых установлены в **Приложении № 23** к Тарифному соглашению.

При расчете окончательной стоимости случая лечения в целях применения КСЛП учитывается возраст пациента на дату начала госпитализации.

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных **Приложением № 23** к Тарифному соглашению, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» не применяется и принимается равным 1.

3.12.5. Перечень КСГ, коэффициенты относительной затратоемкости КСГ, коэффициенты специфики, коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, тарифы КСГ для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях с учетом коэффициентов подуровня, установлены в **Приложении № 20** к Тарифному соглашению.

3.12.7. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен в **Приложении № 36** к Тарифному соглашению.

3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

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 условиях дневного стационара составляет 1901,60 рубля.

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

Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ в условиях дневного стационара, определяется аналогично базовой ставки в стационарных условиях (пункт 3.13 Тарифного соглашения).

3.13.1. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, предусматривают компенсацию расходов на диагностику и случай лечения, включенный в соответствующую группу заболеваний.

3.13.2. Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, рассчитываются с учетом:

1) средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка), которая составляет 18 545,39 рублей (без учета коэффициента дифференциации);

2) коэффициента относительной затратоемкости (КЗКСГ), значение которого устанавливается на федеральном уровне;

3) коэффициента дифференциации (КД) - 1,001;

4) коэффициента специфики оказания медицинской помощи (КСКСГ), значение которого устанавливается в диапазоне от 0,8 до 1,4;

5) коэффициентов уровня (подуровня) медицинской организации (КУСмо), установленных в размере:

Уровень медицинской организации	Коэффициент
1	0,9
2	1,05
3	1,25

6) коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП), перечень случаев и значения для которых установлены в **Приложении № 23** к Тарифному соглашению.

Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости, коэффициенты специфики, коэффициенты подуровня, доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемых для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, стоимость случая лечения приведены в **Приложении № 26** к Тарифному соглашению.

Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 года № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» не применяется и принимается равным 1.

3.14. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара.

Тарифным соглашением устанавливаются следующие особенности оплаты счетов за прерванные случаи оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара:

1) Если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) 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 - 85% от стоимости КСГ.

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен в **Приложении № 24** к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен в **Приложении № 28** к Тарифному соглашению.

3.15. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включая долю заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, приведены в **Приложении № 21** к Тарифному соглашению.

3.16. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, в том числе на основе подушевого норматива финансирования оказанной вне медицинской организации.

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

- вызова скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;
- вызова скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.16.2. 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 1 169,23 рубля.

3.16.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (ПНБАЗ), составляет 1145,09 рубля в год, в месяц - 95,42 рубля.

3.16.4. В реестры счетов на оплату медицинской помощи в обязательном порядке

включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

3.16.5. Тарифы на оплату единиц объема скорой медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Луганской Народной Республики лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, установлены в **Приложениях № 29 и 30** к Тарифному соглашению.

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

4.1. Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется ТФОМС Луганской Народной Республики в соответствии со статьей 40 Закона № 326-ФЗ.

4.2. В случае выявления по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи нарушений ТФОМС Луганской Народной Республики к медицинской организации применяются меры, предусмотренные статьей 41 Закона № 326-ФЗ и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС на основании **Приложения № 33** к Тарифному соглашению.

4.3. В случае несогласия медицинской организации с результатами контроля, медицинская организация вправе обжаловать заключения и решения ТФОМС Луганской Народной Республики по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 Закона № 326-ФЗ.

4.4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи), значений 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 на территории Луганской Народной Республики устанавливается **Приложением № 33** к Тарифному соглашению.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

5.2. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи производится при наличии экономии средств ОМС по результатам выполнения Территориальной программы ОМС и (или) при увеличении доходов бюджета ТФОМС Луганской Народной Республики, направляемых на выполнение Территориальной программы ОМС.

5.3. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его

представителями всех сторон.

5.4. Стоимость лечения застрахованного лица определяется по утвержденным тарифам, действующим на день выписки больного.

5.5. Распределение объемных и финансовых показателей планов оказания медицинской помощи медицинских организаций, работающих в сфере ОМС, в 2026 году производится в рамках объемов и стоимости медицинской помощи, установленных решением Комиссии. Контроль соответствия фактических объемов медицинской помощи плановым объемам в целом по медицинской организации обеспечивается ТФОМС Луганской Народной Республики в рамках централизованного расчета стоимости медицинской помощи в соответствии с установленными способами оплаты медицинской помощи.

5.6. Данное Тарифное соглашение распространяется на взаимоотношения сторон по оплате за медицинскую помощь, оказанную по тарифам, установленным в приложениях к Тарифному соглашению, и действует с 01.01.2026 до 31.12.2026.

5.7. Настоящее Тарифное соглашение включает в себя 45 (сорок пять) приложений, являющихся неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

5.8. Настоящее Тарифное соглашение составлено и подписано в единственном экземпляре, который хранится в Луганской Народной Республике.

Министр здравоохранения Луганской Народной Республики, председатель Комиссии

Первый заместитель Министра здравоохранения Луганской Народной Республики

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики

Первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Луганской Народной Республики

Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская республиканская детская клиническая больница» Луганской Народной Республики

Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская городская поликлиника №11» Луганской Народной Республики

Пашенко
Наталья Александровна

Валиев
Олег Алибоевич

Рощин
Алексей Сергеевич

Кившарь
Елена Александровна

Белецкая
Людмила Михайловна

Гальченко
Наталья Николаевна

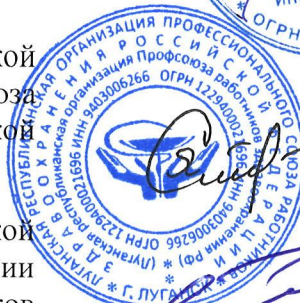


Главный врач Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская республиканская физиотерапевтическая поликлиника имени профессора А. Е. Щербака» Луганской Народной Республики



Ромашко
Андрей Михайлович

Председатель Луганской республиканской организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации



Строкач
Яна Анатольевна

Главный специалист Луганской республиканской организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

Голиков
Сергей Викторович

Главный специалист Луганской республиканской организации Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации



Калашникова
Екатерина Владимировна

Председатель Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики»

Вольман
Олег Валерьевич

Заместитель председателя Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики» Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики»



Воскобойников
Олег Юрьевич

Член Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики» Региональной общественной организации «Ассоциация медицинских работников Луганской Народной Республики»



Рябцева
Ольга Дмитриевна