

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на
территории Томской области на 2026 год

г. Томск

от 06.02.2026г.

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители органа исполнительной власти Томской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Томской области, представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области, представители страховых медицинских организаций, представители профессиональных медицинских ассоциаций Томской области, представители профсоюзных организаций, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Томской области, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), Программой 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 (далее – Программа ОМС), проектом областной Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее – территориальная Программа ОМС), руководствуясь Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н, Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н (далее – Правила ОМС) заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области на 2026 год (далее – Тарифное соглашение).

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ
В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

- **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 скintiграфических 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 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), установленных **Приложением № 5** к Тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) используется 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 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).

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области на 2026 год (далее – Положение о порядке оплаты) (**Приложение № 2**).

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется:

- **за случай госпитализации (законченный случай лечения)** по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной Программой ОМС для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- **за прерванный случай госпитализации** в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в **Приложении № 39** к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной Программой ОМС для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний), осуществляется:

- **за случай (законченный случай) лечения заболевания**, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том

числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- **за прерванный случай оказания медицинской помощи** в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в **Приложении № 39** к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой высокотехнологичной медицинской помощи по клинико-статистической группе заболеваний, группе).

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.4. Оплата 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), осуществляется:

- **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).

Порядок оплаты скорой медицинской помощи устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи (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, 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, в том числе центрами здоровья (центрами медицины здорового долголетия), дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) и на медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами, относящимися к категории маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, или их законными представителями, а также с пациентами, являющимися жителями отдаленных и малонаселенных районов), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, установленных **Приложением № 7** к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.6. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских и (или) дистанционных технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, супруга (супруги) участника специальной военной операции, а также супруга (супруги) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом России в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

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

2.7. Перечень медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты в 2026 году, установлен в **Приложении № 1** к Тарифному соглашению.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующих на территории Томской области, формируется в соответствии с методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил ОМС и совместным письмом от 28.01.2025 Минздрава России № 31-2/115 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/965 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования».

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 Томской области, в медицинских организациях в рамках заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Томской области 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 соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, разделом IV Программы ОМС.

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

медицинским работникам 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).

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

3.2.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4.**

3.2.2. Подушевой норматив 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).

3.2.3. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях вне подушевого норматива финансирования, оплачиваемая по тарифам в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, услугу диализа, за посещение, обращение (законченный случай), комплексное посещение):

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- стоматологическая медицинская помощь;
- диализ;
- медицинская реабилитация;
- медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;
- медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия);
- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- медицинская помощь, оказываемая офтальмологическим референсным центром;
- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- углубленная диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- диспансеризация, пребывающих в стационарных организациях, детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронажную семью;
- диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;
- диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарных условиях;
- проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований 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);
- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом;

- проведение отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи;

- медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.2.4. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 12 581,62 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц на год составляет 2 314,05 рублей (192,84 рублей в месяц).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи и размер базового подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях не включают средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Томской области.

3.2.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающие:

- коэффициенты половозрастного состава для каждой медицинской организации;

- 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;

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

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 5**.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Томской области, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены **Приложением № 5**.

3.2.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексное посещение), применяемые в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Томской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

1) Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 8**.

2) Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в отделениях приемного покоя, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 9**.

3) Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной травматологическими пунктами, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 10**.

4) Тарифы на оплату услуг диализа, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 12**.

5) Тарифы на оплату медицинской реабилитации, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области установлены **Приложением № 13.**

6) Тарифы на оплату отдельных лечебных и (или) лечебно-диагностических услуг, оказанных в амбулаторных условиях, за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 14.**

7) Тарифы на оплату комплексных посещений с профилактическими целями Центров здоровья, в том числе для лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 15.**

8) Тарифы на оплату комплексных посещений школы для больных с хроническими заболеваниями, в том числе для лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 16.**

9) Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 17.**

10) Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (в том числе для оплаты медицинских услуг при оказании медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации), а также в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением № 18.**

11) Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой офтальмологическим референсным центром ОГАУЗ «Томская областная клиническая больница» в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 19.**

12) Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 20.**

13) Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 21.**

14) Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, в том числе детей, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 22.**

15) Тарифы на оплату первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 23.**

16) Тарифы на оплату углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в том числе граждан, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 24.**

17) Тарифы на оплату углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением № 25.**

18) Тарифы на оплату медицинских услуг «Определение уровня липопротеида в крови» и «Оценка липидного профиля», в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 26**.

21) Тарифы на оплату диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе граждан, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 27**.

22) Тарифы на оплату диспансерного наблюдения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 28**.

23) Тарифы на оплату 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, в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 45**.

3.2.7. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, установлены **Приложением № 3**.

3.2.8. Стоимость условной единицы трудоемкости, применяемой для обоснования стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, среднее количество условных единиц трудоемкости в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, установлены **Приложением № 11**.

3.2.9. Размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, установлены **Приложением № 29**.

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

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной Программой ОМС:

в стационарных условиях составляет 13 045,59 рублей;

в условиях дневного стационара 3 071,41 рубля.

3.3.2. Коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в условиях дневного стационара, установлены **Приложением № 30**.

3.3.3. Коэффициенты относительной затратно-емкости КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях, установлены **Приложением № 31**.

3.3.4. Размер базовой ставки финансирования медицинской помощи по КСГ (без учета коэффициента дифференциации, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 32** и составляет:

в стационарных условиях 34 133,51 рубля;

в условиях дневного стационара 18 545,39 рублей.

3.3.5. Значения коэффициентов:

а) коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 33**;

б) коэффициенты специфики оказания медицинской помощи по КСГ, для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 34**;

в) коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области установлены **Приложением № 35**, и применяются к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании следующих объективных критериев:

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, детей-инвалидов которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степени выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, - независимо от возраста ребенка-инвалида) – 0,20;

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до четырех лет, детей старше четырех лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степени выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения, - независимо от возраста ребенка-инвалида, получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология») – 0,60;

оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки – 0,20;

развертывание индивидуального поста – 0,20;

наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, – 0,60;

проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и (или) койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее, чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;

проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями: в стационарных

условиях: уровень 1 – 0,17; уровень 2 – 0,61; уровень 3 – 1,53; в условиях дневного стационара: уровень 1 – 0,29; уровень 2 – 1,12; уровень 3 – 2,67;

проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций: уровень 1 – 0,05; уровень 2 – 0,47; уровень 3 – 1,16; уровень 4 – 2,07; уровень 5 – 3,49;

проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID – 19) в период госпитализации – 0,05;

остальные случаи – 0.

г) коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены

Приложением № 36.

К первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа).

Ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры.

К третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.3.6. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии: при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости законченного случая по КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 100% от стоимости законченного случая по КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии: при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости законченного случая по КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости законченного случая по КСГ.

3.3.7. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 37.**

3.3.8. Тарифы на оплату услуг диализа, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 12.**

3.3.9. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 38.**

3.3.10. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара,

в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 39**.

3.3.11. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 40**.

3.3.12. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установлены **Приложением № 41**.

3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

3.4.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4**.

3.4.2. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной Программы ОМС, оказываемой в экстренной и неотложной формах, по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации скорой, за исключением:

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

- медицинской помощи в части оплаты за единицу объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга) (**Таблицы №№ 2, 3 Приложения № 42**).

3.4.3. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 995,47 рублей.

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Томской области.

3.4.4. Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, на год составляет 1 385,26 рублей (115,44 рублей на месяц).

3.4.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, в разрезе медицинских организаций, для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, учитывающие:

- коэффициент половозрастного состава для каждой медицинской организации;
- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 6**.

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), в том числе применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, установлены

Приложением № 42.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:

3.5.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4.**

3.5.2. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), не включает расходы на оплату медицинской помощи:

- стоматологическая медицинская помощь;
- диализ;
- медицинская реабилитация;
- медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;
- медицинская помощь, оказываемая в центрах здоровья (центрах медицины здорового долголетия);
- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;
- медицинская помощь, оказываемая офтальмологическим референсным центром;
- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- углубленная диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- диспансеризация, пребывающих в стационарных организациях, детей сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронажную семью;
- диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;
- диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарных условиях;
- проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований 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);
- ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом;

- проведение отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи;
- медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.5.3. Размер базового подушевого норматива 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, а также значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих:

- коэффициент половозрастного состава для каждой медицинской организации;
- 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;
- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);
- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;
- коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 7**.

Тарифы на оплату 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), установлены **Приложением № 7**.

3.5.4. 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 базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ; размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи; размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по

перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены **Приложением № 43**.

Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи и муниципальных образований, установлены **Приложением № 44**.


V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на 2026 год и распространяется на правоотношения, связанные с оказанием медицинской помощи, в рамках реализации базовой и территориальной Программ обязательного медицинского страхования на 2026 год.

5.2. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.3. Дополнительное соглашение вступает в силу с даты подписания, если самим дополнительным соглашением не установлен иной срок вступления в силу.

Начальник Департамента здравоохранения
Томской области – председатель Комиссии



Р.О. Фидаров

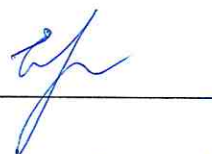
Председатель Томской областной организации
профсоюза работников здравоохранения
Российской Федерации



Большинский м.б.

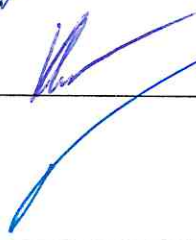
Н.А. Букреева

Председатель первичной профсоюзной организации
ОГАУЗ «Детская больница № 1»
Томской областной организации профсоюза
работников здравоохранения



М.Г. Елизарова

Член Томской региональной общественной
организации «Ассоциация заслуженных врачей»



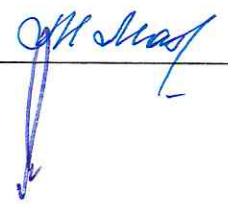
И.С. Квач

Член Ассоциации «Медицинская Палата Томской
области»



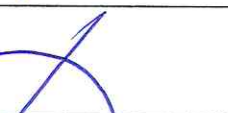
Е.С. Куликов

Заместитель начальника Департамента
здравоохранения Томской области по экономике и
финансам



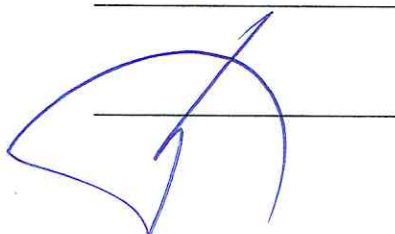
М.С. Макарова

Первый заместитель директора филиала АО
«МАКС-М» в г. Томске



А.А. Медведев

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



А.Н. Пахтусова

Директор Территориального фонда обязательного
медицинского страхования Томской области –
секретарь Комиссии

Заместитель директора Территориального фонда
обязательного медицинского страхования Томской
области



С.Н. Старкова

*приказ о предоставлении
а. услуга от 14.01.2026
№ 01-к/0*

Н.В. Ястребова