

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
АЛТАЙСКОГО КРАЯ на 2026 год**

г. Барнаул

30.12.2025

Министерство здравоохранения Алтайского края:

Д.В. Попов
Д.Е. Борисова

Территориальный фонд обязательного медицинского
страхования Алтайского края:

М.Д. Богатырева
Е.П. Корчуганова

Общественная организация «Медицинская палата
Алтайского края»:

Я.Н. Шойхет
А.Ф. Лазарев

Алтайская краевая организация профсоюза
работников здравоохранения Российской Федерации:

И.А. Смирнова

Алтайский филиал ООО «Страховая медицинская
компания «РЕСО – Мед»:

Е.А. Осипов

АСП ООО «Капитал МС» Филиал в Алтайском крае:

С.Н. Шкуратова

Стороны заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановлением Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных

гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 31-2/115, ФФОМС № 00-10-26-2-06/965 от 28.01.2025 (далее – Методические рекомендации).

Тарифное соглашение заключается между Министерством здравоохранения Алтайского края, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Алтайского края, представителями страховых медицинских организаций, медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций),ключенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Предметом Соглашения являются согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной гражданам в Алтайском крае в рамках действующей Территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Тарифное регулирование оплаты медицинской помощи в системе ОМС Алтайского края осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, правовыми актами Алтайского края, настоящим Тарифным соглашением и решениями Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Основные термины и определения:

Территориальная программа обязательного медицинского страхования

– составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Алтайского края и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС)

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное.

Медицинские организации в сфере ОМС – организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – МО).

Способ оплаты медицинской помощи – установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС способ финансирования медицинской помощи, оказанной МО в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ст.32 ч.3).

Подушевой норматив финансирования МО – показатель, отражающий размер средств на осуществление затрат по предоставлению медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо.

Посещение с профилактической целью – оказание медицинской помощи лицам без признаков острого заболевания или обострения хронического заболевания врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, с целью проведения мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение

возникновения, прогрессирования, распространения заболеваний, их раннее выявление, установление причин и условий их возникновения и развития.

Посещение по неотложной помощи – оказание медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Обращение по поводу заболевания - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной или круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) – норматив времени, затрачиваемого при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме.

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).

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.

Случай госпитализации - случай диагностики и лечения в стационарных условиях/ условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты больного, являющейся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

Посещение школы сахарного диабета – посещение, проводимое медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную и специализированную медицинскую помощь по профилю «эндокринология» или «детская эндокринология» в виде группового терапевтического обучения пациентов с сахарным диабетом по структурированным программам в зависимости от типа сахарного диабета и метода лечения, с обязательной

практической отработкой навыков, необходимых для самостоятельного управления заболеванием.

2. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Алтайском крае

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Алтайском крае:

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

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды 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, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых 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;

Перечень МО представлен в **Приложении 1.**

за единицу объема медицинской помощи (перечень МО представлен в **Приложении 2**) - 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 (в соответствии с приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»);

посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

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

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – «госпитализация»), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу

высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, представлен в **Приложении 3**.

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе

которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в **Приложении 4.**

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).

Перечень МО, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, представлен в **Приложении 5.**

5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем

видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы 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, 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), ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных с сахарным диабетом, и 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 расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом и расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

Перечень МО представлен в **Приложении 6.**

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами ОМС, утвержденными приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н.

Оплата за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания лечения.

В расчет тарифов включаются затраты МО, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности МО в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

Структура тарифа на оплату медицинской помощи (за исключением ВМП) включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, 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 (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Предельный размер расходов на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в

соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации за один объект аренды в расчете на год, осуществляемых за счет средств обязательного медицинского страхования, не должен превышать лимит, установленный для приобретения основных средств.

Структура тарифа на оплату ВМП включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, 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, 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.

В состав тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС включены расходы на 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.

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

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату амбулаторной медицинской помощи оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) составляет 9927,52 руб. в год.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, исключающий влияние применяемых коэффициентов половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 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" (далее – коэффициент дифференциации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в

фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 2,5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц) составляет 1816,65 руб. в год, (151,39 руб. в месяц) на одного застрахованного.

Коэффициент дифференциации – 1,146.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях с учетом коэффициента дифференциации составляет 2081,88 руб. в год, (173,49 руб. в месяц) на одного застрахованного.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, представлен в **Приложении 13**.

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях, представлен в **Приложении 14**.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи по каждой МО определен исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом: коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (**Приложение 7**).

В случае если только отдельные подразделения МО, а не МО в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{ОТ}^i = \left(1 - \sum D_{OTj}\right) + \sum \left(KD_{OTj} \times D_{OTj}\right), \text{ где:}$$

KD_{OT}^i коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии).

D_{OTj} доля населения, обслуживаемая j -ым подразделением, расположенным в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

KD_{OTj} коэффициент дифференциации, применяемый к j -ому подразделению, расположенному в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Перечень структурных подразделений МО, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек представлен в **Приложении 7**.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается страховыми медицинскими организациями (далее – СМО), исходя из среднемесячного количества прикрепленных к МО застрахованных лиц (**Приложение 7**), и дифференцированного подушевого норматива МО.

Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов; с учетом выплат по результатам оценки достижения МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – за год.

Размер и порядок осуществления выплат МО, а также перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в **Приложении 12**.

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

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, комплексное посещение, обращение), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 7**.

Тарифы включают расходы, обеспечивающие лечебно-диагностический процесс в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи.

Единицами объема медицинской помощи в целях оплаты являются:

1) Посещения с иными целями, в том числе, разовые посещения в связи с заболеваниями.

Посещения в течение дня пациентом врача одной и той же специальности считаются одним посещением.

2) Посещение в неотложной форме

3) Обращение по поводу заболевания.

Учет обращений осуществляется на основе Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, утвержденного Приложением № 3 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 г. № 274н.

4) Медицинские услуги:

а) Услуги диализа.

При проведении диализа в амбулаторных условиях оплата осуществляется за медицинскую услугу – одну услугу экстракорпорального диализа и один день перitoneального диализа. В целях учета объемов медицинской помощи учитывается лечение в течение одного месяца как одно обращение (в среднем 13 услуг экстракорпорального диализа, 12-14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перitoneальном диализе в течение месяца). При проведении диализа в амбулаторных условиях обеспечение лекарственными препаратами для профилактики осложнений осуществляется за счет других источников.

Оплата услуг диализа производится по тарифам, рассчитанным с учетом применения коэффициентов относительной затратоемкости к установленным базовым тарифам на услуги: А18.05.002 «Гемодиализ» и А18.30.001 «Перitoneальный диализ».

б) Отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) (далее – Отдельные диагностические исследования).

Назначение Отдельных диагностических исследований осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний.

в) Случай лечения с использованием методов лазерного воздействия (фокальная лазерная коагуляция глазного дна, панретинальная лазеркоагуляция).

г) Консультативно-диагностические услуги (за исключением Отдельных диагностических исследований).

Порядок взаимодействия МО при направлении пациентов в другие МО устанавливает Министерство здравоохранения Алтайского края.

Расходы на консультативно-диагностические услуги включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, в стоимость случая диспансеризации и профилактического осмотра, диспансерного наблюдения и в стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ (в случае оказания консультативно-диагностических услуг в рамках стационарного лечения/дневного стационара). Расходы на описание компьютерной томографии включены в стоимость данного рентгенологического исследования.

д) Медицинские услуги стоматологического профиля.

Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам с учетом УЕТ (условная единица трудоемкости) в соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации. При оказании стоматологической помощи детям в мобильном стоматологическом кабинете (в Комплексе передвижном медицинском,

зарегистрированном в порядке, установленном Правительством РФ) применяется коэффициент 1,2. Оплата стоматологических осмотров при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних может проводится в рамках межучрежденческих расчетов по установленным в сфере ОМС тарифам.

е) Медицинские услуги для проведения 2 этапа диспансеризации взрослого населения, в т.ч. углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

6) Комплексное посещение по диспансерному наблюдению, 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 стационарной форме, в том числе центрами здоровья. (в соответствии с приказами Минздрава России от 15.03.2022 №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», от 04.06.2020 №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями»).

7) Комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в т.ч. углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья.

8) Комплексное посещение центров здоровья, включая диспансерное наблюдение

9) Комплексное посещение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе для больных сахарным диабетом, и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания.

10) Комплексное посещение по медицинской реабилитации в амбулаторных условиях.

11) Комплексное посещение дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом,

12) Консультация 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.

3.2. Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений МО фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения России от 14.04.2025 г. № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 30 мая 2025 г. № 82461) (далее – Приказ № 202н), составляет на 2026 год:

для фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего до 100 человек – 1200,2 тыс. рублей,

для фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 101 до 800 человек – 1757,6 тыс. рублей,

для фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 801 до 1500 человек – 3515,4 тыс. рублей,

для фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 1501 до 2000 человек – 3515,4 тыс. рублей,

для фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего свыше 2000 человек – 3550,6 тыс. рублей.

Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с численностью обслуживаемого населения, финансовое обеспечение и коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в том числе с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности обслуживаемого населения (в случае

выполнения отдельных полномочий по работе с женщинами репродуктивного возраста (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) фельдшером при отсутствии в пунктах акушерок) представлен в **Приложении 7.**

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в МО, рассчитывается с учетом числа фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в i-той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (\chi_{\text{ФАП}}^n \times BN\Phi_{\text{ФАП}}^n \times KC_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$ объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в i-той медицинской организации;

$\chi_{\text{ФАП}}^n$ число фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) n-типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);

$BN\Phi_{\text{ФАП}}^n$ базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) n-го типа;

$KC_{\text{БНФ}}^n$ коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий

соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в том числе с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности обслуживаемого населения (в случае выполнения отдельных полномочий по работе с женщинами репродуктивного возраста (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) фельдшером при отсутствии в пунктах акушерок).

Финансовое обеспечение рассчитывается в целых рублях с округлением по правилам математики.

В случае если у фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 202н или коэффициент специфики, годовой размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\Phi AP}^j = OC_{\Phi AP_{нr}}^j + \left(\frac{БНФ_{\Phi AP}^j \times KC_{БНФ}^j}{12} \times n_{MEC} \right),$$

где:

$OC_{\Phi AP}^j$ фактический размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта);

$OC_{\Phi AP_{нr}}^j$ объем средств, направленный на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта) с начала года;

n_{MEC} количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

При расчете размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), в том числе пунктов, рекомендуемые штатные нормативы которых не предусматривают должность «Акушерка» (например, для фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), в том числе пунктов, обслуживающих от 101 до 800 жителей), размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при возложении на фельдшера отдельных полномочий акушерки по работе с женщинами репродуктивного возраста (в возрасте от 18 до 49 лет включительно) (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли таких женщин в численности обслуживаемого населения.

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 МО, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 202н, и устанавливается дифференцированно по структурным подразделениям.

В случае изменения укомплектованности фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) по 15 число месяца, изменение финансового обеспечения осуществляется, начиная с 1-го числа данного месяца, при изменении количества занятых ставок после 15 числа месяца изменение финансового обеспечения осуществляется с 1-го числа следующего месяца.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

Финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) осуществляется СМО ежемесячно исходя из численности застрахованных граждан, обслуживаемых данными подразделениями по состоянию 01.12.2025 г.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты,

фельдшерские здравпункты), определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты) исходя из их количества в составе МО и установленного в настоящем разделе размера их финансового обеспечения.

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

Медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара и дневного стационара, оплачивается за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

- диагноз (код по МКБ 10);
- хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.10.2017 г. № 804н (далее – Номенклатура)), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий);
- схема лекарственной терапии;
- МНН лекарственного препарата;
- возрастная категория пациента
- сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ 10);
- оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации; индекс оценки тяжести и распространенности псориаза (Psoriasis Area Severity Index, PASI);

- длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- пол;
- длительность лечения;
- этап лечения, в том числе этап проведения экстракорпорального оплодотворения; долечивание пациентов с коронавирусной инфекцией (COVID-19), посттрансплантиационный период после пересадки костного мозга;
- показания к применению лекарственного препарата;
- объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- степень тяжести заболевания
- сочетание нескольких классификационных критериев в рамках одного классификационного критерия (например, сочетание оценки состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации с назначением ботулинического токсина).

Особенности формирования отдельных КСГ определены Методическими рекомендациями.

Лечение в рамках КСГ, включенных в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», может осуществляться только в МО и структурных подразделениях МО, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно. КСГ st01.001 «Беременность без патологии, дородовая госпитализация в отделение сестринского ухода» может быть подана на оплату только МО, имеющими в структуре соответствующее отделение или выделенные койки сестринского ухода.

Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением ВМП) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара утвержден приложением № 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, исходя из

нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) составляет 11396,50 руб. в год.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования) составляет 2729,25 руб. в год.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре/дневном стационаре (ССкsg), по КСГ (за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов), определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = (БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП) \times КД_{зп},$$

где:

БС – базовая ставка без учета коэффициента дифференциации, рублей, (в стационарных условиях – 34 133,51 руб.; в условиях дневного стационара – 18 545,39 руб.);

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный 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» (далее – Постановление № 462).

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (**Приложения 8, 9**);

КСксг - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации. Перечень коэффициентов специфики приведен в **Приложениях 8 и 9**.

Коэффициент специфики применяется к КСГ в целом и является единым для всех уровней (подуровней) медицинских организаций.

КУСмо - коэффициент подуровня МО, в которой был пролечен пациент (применяется при оплате медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара. В условиях дневного стационара не применяется). Для МО /структурных подразделений МО, расположенных на территории ЗАТО, коэффициент подуровня устанавливается в размере 1,2. Значения коэффициентов подуровня приведены в **Приложении 8**.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающим (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в медицинских организациях различных уровней оказания помощи (например, при аппендэктомии), коэффициент уровня (подуровня) при оплате таких случаев госпитализации/лечения не применяется (принимается равным 1). Перечень таких КСГ в стационарных условиях установлен **Приложением 8**.

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, устанавливается к отдельным случаям оказания медицинской помощи. Перечень критерииев, являющихся основаниями применения КСЛП, приведены в **Приложениях 8 и 9**. По всем случаям оказания медицинской помощи с применением КСЛП проводятся контрольно-экспертные мероприятия.

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

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

При отсутствии оснований применения КСЛП, предусмотренных **Приложениями 8 и 9**, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

КДзп - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{KSG} = ((BC * KZ_{KSG} * ((1 - DzP) + DzP * KC_{KSG} * KUC_{MO} * KD) + BC * KD * KSLP)) * KD_{zP}, \text{ где:}$$

БС – базовая ставка без учета коэффициента дифференциации (в стационарных условиях - 34 133,51 руб.; в условиях дневного стационара – 18 545,39 руб.);

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 г. № 462 (1,146);

КЗкsg - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное значение, к которому применяется КД, КС и КУС) (**Приложения 8, 9**);

КСкsg - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо - коэффициент подуровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

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

КДзп - коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

К прерванным случаям в соответствии с Программой относятся:

1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
 2. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
 3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
 4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
 5. случаи 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 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, представлены в **Приложениях 8 и 9.**
 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 государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС.
- Если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и/или проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ и 90% от стоимости КСГ в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом);

- при длительности лечения более 3 дней – 100% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и/или тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 40% от стоимости КСГ при лечении детей в возрасте до 4-х лет, 20% от стоимости – для остальных возрастных категорий пациентов и 50% от стоимости КСГ в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом) всех возрастных категорий.

- при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости КСГ, независимо от возраста пациента.

Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию, представлен в **Приложениях 8 и 9**.

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основанию 7 и 9, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Полнота выполнения схем лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше, при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D), при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов определяется в порядке, установленном Методическими рекомендациями.

В целях повышения эффективности использования средств обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями при назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов (**Приложения 8, 9**) для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

При переводе пациента из одного отделения МО в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового

заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной МО в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах одной МО, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты. Если случаи лечения имеют одинаковую стоимость, производится оплата случая с более ранними сроками лечения.

Помимо случаев перевода пациента при возникновении нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10, и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, оплата по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях лечения:

1. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же МО по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
2. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
3. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
4. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранный оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
5. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

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

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

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

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

8. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (st36.013-st36.015). Оплата случаев лечения по данным КСГ во всех случаях осуществляется в сочетании с КСГ, определенной по коду основного диагноза.

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

При этом при оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям 1-9 случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям прерванности 2-4.

При оплате по двум КСГ КСЛП применяется к основной КСГ.

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

В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в МО, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в МО в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю «Неонатология».

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, осуществляется по тарифам за законченный случай лечения в пределах, распределенных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным разделом I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС. Если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует разделу I перечня видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

В случае если у пациента после оказания специализированной медицинской помощи определяются показания к получению медицинской помощи с применением метода лечения, включенного в Перечень видов ВМП (приложение №1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках Программы ОМС), либо после оказания высокотехнологичной медицинской помощи определяются показания к оказанию специализированной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются дважды, в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, а в рамках высокотехнологичной медицинской помощи по нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. При этом предоперационный и послеоперационный период включается в законченный случай лечения как для специализированной, так и для высокотехнологичной медицинской помощи, и не может быть представлен к оплате по второму тарифу.

Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат на оказание ВМП представлены в **Приложении 10**.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги дialisса в стационарных условиях оплата осуществляется за услугу дialisса только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для

госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. При этом к законченному случаю относится лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

Тарифы для оплаты услуг диализа установлены **Приложением 7**.

Базовые тарифы на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ») и перitoneального диализа (код услуги А18.30.001 «Перitoneальный диализ»), коэффициенты относительной затратоемкости к базовым тарифам, стоимость услуг диализа представлены в **Приложении 7**. Поправочные коэффициенты к стоимости услуг не применяются.

Применение коэффициента дифференциации к стоимости услуги осуществляется с учетом доли расходов на заработную плату в составе тарифа на оплату медицинской помощи.

Оплата нахождения пациента при заболеваниях и состояниях в рамках базовой программы ОМС в стационарном отделении скорой медицинской помощи, порядок организации деятельности которой определен приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н, продолжительностью не более 24 часов, в том числе для проведения необходимых лабораторных и/или диагностических исследований с последующим принятием решения о госпитализации либо выписке, осуществляется по КСГ st36.048 «Досуточная госпитализация в диагностических целях».

В случае последующей госпитализации пациента в отделение той же медицинской организации оплата медицинской помощи по данной КСГ не осуществляется.

3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, исходя из нормативов объемов скорой медицинской помощи вне МО и финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне МО, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне МО, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на

территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов), составляет 1493,93 руб. в год.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО, исключающий влияние применяемых коэффициентов половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 1291,20 руб. в год (107,60 руб. в месяц) на одного застрахованного.

Коэффициент дифференциации – 1,146

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне МО с учетом коэффициента дифференциации, составляет 1479,72 руб. в год (123,31 руб. в месяц) на одного застрахованного (**Приложение 7**).

В подушевой норматив финансирования включаются расходы на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, в том числе при межтерриториальной медицинской эвакуации, в том числе между субъектами Российской Федерации медицинской помощи, оказываемой гражданам в экстренной или неотложной форме вне МО при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

В подушевой норматив финансирования не включаются расходы на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи в случае проведения тромболизиса при остром коронарном синдроме.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для МО, рассчитанные исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые, в том числе, для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложении 7**.

Размер финансового обеспечения МО, оказывающей скорую медицинскую помощь вне МО, определяется исходя из: значения дифференцированного подушевого норматива, среднемесячного количества застрахованных лиц на территории обслуживания скорой медицинской помощи (**Приложение 7**), а также объемов средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации за вызов.

Дополнительно по отдельному тарифу производится оплата вызова бригады скорой медицинской помощи в случае проведения тромболизиса при остром коронарном синдроме.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Алтайского края, осуществляется по тарифам за выполненный вызов.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе показателей объема медицинской помощи

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования применяется в ЦРБ 1-го уровня оказания медицинской помощи, имеющих прикрепленное население, в составе которых имеются подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию (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, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторную диагностику 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 расходов на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, в том числе центрами здоровья, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, и расходов на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

Единицами объема первичной медико-санитарной помощи являются посещения с иными целями, обращения по поводу заболевания, посещения по неотложной форме, специализированной – случаи госпитализации в круглосуточном стационаре и случаи лечения в дневном стационаре.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой МО, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Алтайского края, в части медицинской помощи, оказываемой МО, имеющими в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию с учетом показателей результативности деятельности МО, в том числе показателей объема медицинской помощи, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования), составляет 24053,27 руб. в год.

Базовый подушевой норматив финансирования, исключающий влияние применяемых коэффициентов половозрастного состава, коэффициентов

уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение целевых показателей результативности деятельности (в размере 2,5% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях) составляет 4989,53 руб. в год, (415,79 руб. в месяц) на одного застрахованного.

Коэффициент дифференциации – 1,146.

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц с учетом коэффициента дифференциации составляет 5718,00 руб. в год, (476,50 руб. в месяц) на одного застрахованного.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включаются объемы первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в плановой форме и неотложной форме, и специализированной медицинской помощи, оказываемой в плановой, экстренной и неотложной формах.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, представлен в **Приложении 15**.

Перечень расходов на оказание медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к такой МО лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой МО медицинской помощи, представлен в **Приложении 16**.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования для каждой МО определен в части амбулаторной помощи исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом: коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае, коэффициента дифференциации на прикрепившихся к МО лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, а также в части медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и дневного стационара исходя из базового подушевого норматива финансирования с учетом коэффициента половозрастного состава, коэффициента уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициента достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Алтайском крае (**Приложение 7**).

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не МО в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{OT}^i = \left(1 - \sum \Delta_{OTj} \right) + \sum \left(КД_{OTj} \times \Delta_{OTj} \right), \text{ где:}$$

$КД_{OT}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, удаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i -той медицинской организаций (при наличии).

Дот_j – доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

КДот_j – коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

Объем подушевого финансового обеспечения каждой МО рассчитывается СМО, исходя из среднемесячного количества прикрепленных к МО застрахованных лиц (**Приложение 7**) и дифференцированного подушевого норматива МО. Оплата счетов по подушевому финансированию осуществляется СМО ежемесячно с учетом суммы удержания за консультативно-диагностические услуги, оказанные МО-исполнителями в рамках межучрежденческих расчетов; с учетом выплат по результатам оценки достижения МО, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях – за год.

Размер и порядок осуществления выплат МО, а также перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в **Приложении 12**.

Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в амбулаторных условиях (медицинская услуга, посещение, обращение, комплексное посещение), в том числе медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи, оказываемых в условиях круглосуточного и дневного стационара, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, представлены в **Приложениях 7, 8, 9**.

4. 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

Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО / Территориальный фонд в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядком организации и проведения контроля.

Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.12.1) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{no},$$

где:

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

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

K_{no} - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Если стоимость случая, подлежащего неоплате (неполной оплате) не является тарифом, утвержденным тарифным соглашением, или получена расчетным путем, в том числе с использованием доли оплаты прерванных случаев, то параметр PT определяется как сумма, выставленная к оплате по законченному случаю лечения.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.12.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT_1 - PT_2) + PT_2 \times K_{no},$$

где:

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

РТ1 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

РТ2 - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);

Кно - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

Размер штрафных санкций, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ($C_{шт}$), рассчитывается по формуле:

$$C_{шт} = РП \times К_{шт},$$

где:

$C_{шт}$ - размер штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

РП - установленный тарифным соглашением субъекта Российской Федерации на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год (2081,88 руб.), или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год (1479,72 руб.), или подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания за счет средств обязательного медицинского страхования, установленный на год (5718,00 руб.), или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного (2651,84 руб.) и круглосуточного стационаров (11277,97 руб.), установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.12.1, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$ - коэффициент для определения размера штрафных санкций по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи и размера штрафных санкций за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведены в **Приложении 11**.

Оплата за оказанную МО медицинскую помощь гражданам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, уменьшается в случае обоснованного отказа территориального фонда обязательного медицинского страхования соответствующего субъекта Российской Федерации в оплате счета, выставленного ТФОМС за лечение вышеуказанных граждан.

5. Заключительные положения

Тарифное соглашение заключается на 2026 год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

Все изменения и дополнения к настоящему Соглашению вносятся на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Изменения вносятся в случаях:

а) при внесении изменений в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Алтайского края, в части включения/исключения МО;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между МО;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи в рамках ОМС;

г) при внесении изменений в Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации;

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

е) при принятии Президентом РФ, Правительством РФ, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в т.ч. изменении тарифов на оплату медицинской помощи и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

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

Д.В. Попов

Д. Е. Борисова

М.Д. Богатырева

Е.П. Корчуганова

Я.Н. Шойхет

А.Ф. Лазарев

И.А. Смирнова

Н.В. Максимова

Е.А. Осипов

С.Н. Шкуратова