

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Республики Коми на 2026 год**

От уполномоченного государственного органа Республики Коми:



Кондратьева И.А.
министр здравоохранения
Республики Коми
«30» декабря 2025 г.

М.П.

От территориального фонда ОМС:



Холодова Е.С.
директор ГУ ТФОМС
Республики Коми
«30» декабря 2025 г.

М.П.

От страховых медицинских организаций:



Фомичева Н.В.
директор административного структурного подразделения
ООО «Капитал МС» - Филиал в Республике Коми
«30» декабря 2025 г.

М.П.

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций:



Ломов В.Е.
член Коми региональной общественной организации
«Коми республиканская ассоциация врачей»
«30» декабря 2025 г.

М.П.



От профессиональных союзов медицинских работников:



Русакова Г.М.
председатель Коми республиканской организации
Профессионального союза работников здравоохранения
Российской Федерации
«30» декабря 2025 г.

М.П.

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Республики Коми на 2026 год**

1. Общие положения

Настоящее Тарифное соглашение разработано в соответствии с:

- Федеральным законом Российской Федерации от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Законом Республики Коми от 09.12.2025 № 58-РЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Коми на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Постановлением Правительства Республики Коми от 30.12.2025 № 441 «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Коми на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов»;
- Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утв. Минздравом России № 31-2/115, ФФОМС № 00-10-26-2-06/965 от 28.01.2025.

Предметом Тарифного соглашения является установление тарифов для оплаты объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми (далее – Комиссия), для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Коми (далее – Программа ОМС).

Сторонами, заключившими Тарифное соглашение, в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», являются:

Уполномоченный высшим исполнительным органом государственной власти Республики Коми государственный орган Республики Коми – Министерство здравоохранения Республики Коми в лице:

министра – Кондратьевой И.А.,

Государственное бюджетное учреждение Республики Коми «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Коми» в лице:

директора – Холодовой Е.С.,

Страховые медицинские организации в лице:

директора административного структурного подразделения ООО «Капитал МС» - Филиал в Республике Коми – Фомичевой Н.В.,

Медицинские профессиональные некоммерческие организации, в лице:
члена Коми региональной общественной организации «Коми республиканская ассоциация врачей» - Ломова В.Е.,

Профессиональные союзы медицинских работников, в лице:
председателя Коми республиканской организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации – Русаковой Г.М.,

входящие в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми, созданной распоряжением Правительства Республики Коми от 15.08.2011 г. № 333-р.

Структура Тарифного соглашения также включает следующие разделы:

- способы оплаты медицинской помощи, применяемые при реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми (далее также – Программа ОМС);

- размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми, которым решением Комиссии установлены объемы медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС;

- размеры 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;

- заключительные положения.

Положения Тарифного соглашения являются обязательными для исполнения всеми участниками обязательного медицинского страхования, осуществляющими деятельность на территории Республики Коми.

2. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями на территории Республики Коми застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется следующими способами:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:
а) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-

генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скинтиграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей, и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе

по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

посещений с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), включая динамическое наблюдение за выявленными предрисками и факторами риска развития заболеваний;

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

медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

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

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

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

б) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случаях 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 № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

а) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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);

б) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его

письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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):

а) по подушевому нормативу финансирования;

б) 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);

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, может применяться 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, 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.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

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.

Медицинская помощь может оказываться на дому с предоставлением врачом медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, медицинским работником, относящимся к среднему медицинскому персоналу, фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) соответствующих лекарственных препаратов и рекомендаций по их применению. Выполнение указанных рекомендаций осуществляется медицинским работником, относящимся к среднему медицинскому персоналу, с одновременной оценкой состояния здоровья гражданина и передачей соответствующей информации указанному врачу медицинской организации, в том числе с применением дистанционных технологий и передачей

соответствующих медицинских документов в электронном виде, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

В соответствии с клиническими рекомендациями по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий, результаты лечения должны быть подтверждены лабораторными исследованиями. Очное пребывание пациента в условиях дневного стационара при этом должно быть не менее 2 дней, включая день госпитализации и день выписки.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты установлен в следующих приложениях к Тарифному соглашению:

- в амбулаторных условиях – приложение № 1.1;
- в стационарных условиях и в условиях дневного стационара – приложение № 1.2;
- скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации – приложение № 1.3;
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации – приложение № 1.4.

Медицинские организации, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

При реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, Особенностями оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми, утвержденными в приложении № 13 к Тарифному соглашению, обеспечивающими применение эффективных способов оплаты медицинской помощи, ориентированных на результат деятельности медицинских организаций, предусматривающими также порядок оплаты прерванных случаев лечения.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Формирование тарифов на оплату медицинской помощи, включая их структуру, осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и исходя из установленных Программой ОМС средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Плановые расходы для включения в тариф на медицинские услуги формируются в пределах средств, предусмотренных на финансирование Программы ОМС в бюджете территориального фонда ОМС Республики Коми на 2026 год.

Тарифы определяют объем денежных средств и состав компенсируемых расходов медицинских организаций при выполнении Программы ОМС.

Порядок формирования тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии со статьёй 30 Федерального закона № 326-ФЗ. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н, разъяснениями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи являются едиными для медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы, оказавших медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Программы ОМС. Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи, на медицинскую услугу, за вызов скорой медицинской помощи, за законченный случай лечения заболевания, на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц (обслуживаемых медицинской организацией), а также подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, Правилами обязательного медицинского страхования, 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.

Затраты 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, при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования, допускаются с ограничением платежа в размере до 1 млн рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем 400 тысяч рублей.

Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и их подсистем не могут осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

При наличии исключительных или неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации и медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования.

Оплата труда работников медицинских организаций осуществляется за счет всех источников финансирования.

В стоимость случая госпитализации входит 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС обеспечивают равные подходы к регулированию заработной платы работников государственных учреждений здравоохранения, в том числе в части единых размеров должностных окладов (окладов) работников в однотипных учреждениях по одинаковым должностям (профессиям), в пределах должностных окладов, окладов, ставок заработной платы специалистов и рабочих, установленных приказом Министерства здравоохранения Республики Коми от 30.06.2018 № 6/274 «Об утверждении Примерного положения об оплате труда работников государственных бюджетных и автономных учреждений Республики Коми, в отношении которых Министерство здравоохранения Республики Коми осуществляет функции и полномочия учредителя».

За счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляются расходы медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, иные расходы, не предусмотренные базовой и территориальной программами обязательного медицинского страхования.

Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом следующих параметров:

- 1) при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях:
 - 1.1) половозрастных коэффициентов в разрезе половозрастных групп (Приложение № 6 к Тарифному соглашению);
 - 1.2) перечня видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);
 - 1.3) перечня видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);
 - 1.4) среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, определенного на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);
 - 1.5) размера базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение № 4 к Тарифному соглашению);

1.6) значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций (Приложение № 8 к Тарифному соглашению), учитывающих:

- 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 (Приложение № 3 к Тарифному соглашению);
- коэффициенты половозрастного состава;
- 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 Республике Коми;
- коэффициенты дифференциации (Приложение № 7 к Тарифному соглашению);

2) при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:

2.1) среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенного на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);

2.2) перечня клинико-статистических групп заболеваний (далее – КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с учетом коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложения № 9.1, 9.2 к Тарифному соглашению);

2.3) размера базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара (установлен в соответствии с минимальным размером базовой ставки (размера средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний), установленным в Приложении № 4 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утв. Постановлением Правительства РФ от 29.12.2025 № 2188) (Приложение № 10.1 к Тарифному соглашению);

2.4) значений следующих коэффициентов:

- коэффициентов дифференциации (Приложение № 7 к Тарифному соглашению);
- коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожной картой» развития здравоохранения в Республике Коми, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» (Приложение № 11 к Тарифному соглашению);
- коэффициентов специфики (Приложение № 11 к Тарифному соглашению);
- коэффициентов сложности лечения пациента (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);
- коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (Приложение № 11 к Тарифному соглашению):
 - 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, 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;

2.5) размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

2.6) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

2.7) перечня КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложения № 9.1, 9.2 к Тарифному соглашению);

2.8) перечня КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

2.9) перечня КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

3) при определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

3.1) перечня видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

3.2) перечня видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение № 13 к Тарифному соглашению);

3.3) среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, определенного на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 5 к Тарифному соглашению);

3.4) размера базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение № 4 к Тарифному соглашению);

3.5) значений дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций (Приложение № 8 к Тарифному соглашению), учитывающих:

- коэффициенты половозрастного состава;
- 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 Республике Коми;
- коэффициенты дифференциации;

4) при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом параметров, указанных при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Тарифы на оплату медицинской помощи, применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Республики Коми лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, утверждены в следующих приложениях к Тарифному соглашению:

- на оплату случаев госпитализации в стационарных условиях в Приложении № 14.1;
- на оплату случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи в Приложении № 14.2;
- на оплату случаев госпитализации в условиях дневного стационара в Приложении № 14.3;
- по амбулаторно-поликлинической помощи в Приложении № 14.4;
- на оплату услуг диализа в Приложении № 14.5;

- при стоматологических заболеваниях в Приложении № 14.6;
- в рамках мероприятий по проведению профилактических осмотров в Приложении № 14.7;
- в рамках мероприятий по диспансеризации в Приложении № 14.8;
- в рамках мероприятий по углубленной диспансеризации в Приложении № 14.9;
- в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в Приложении № 14.10;
- на оплату вызовов скорой медицинской помощи в Приложении № 14.11;
- на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований в Приложении № 14.12;
- на оплату медицинской помощи в рамках школ для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школы сахарного диабета в Приложении № 14.13;
- по амбулаторно-поликлинической помощи при межучрежденческих расчетах в Приложении № 14.14.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н, установлен в Приложениях № 2.1, 2.2 к Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих 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 установлен в Приложении № 13 к Тарифному соглашению.

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

Санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования изложены в приложении № 15 к Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2026 года, и действует по 31 декабря 2026 года.

В Тарифное соглашение вносятся изменения в порядке, установленном законодательством, по основаниям, предусмотренным Приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

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

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в период с 1 января 2026 года по 31 декабря 2026 года производится в пределах суммы средств, предусмотренной в бюджете территориального фонда ОМС Республики Коми на финансирование Программы ОМС, в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, установленных по условиям предоставления медицинской помощи, и утвержденного решением Комиссии по разработке ТП ОМС для медицинской организации в разрезе страховых медицинских организаций годового планового объема финансовых средств на 2026 год.

Настоящим Тарифным соглашением установлены:

- Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Коми, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, согласно приложениям №№ 1.1-1.4;

- Сведения о размерах базовых нормативов финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, учитывающих критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, согласно приложению № 2.1;

- Перечень фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с указанием численности обслуживаемого населения, нормативного годового размера финансового обеспечения в разрезе медицинских организаций, согласно приложению № 2.2;

- Сведения о медицинских организациях и их подразделениях, 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, согласно приложению № 3;

- Размеры базовых подушевых нормативов финансирования медицинской помощи (по условиям), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного

медицинского страхования Республики Коми, в расчете на одно застрахованное лицо, согласно приложению № 4;

- Размеры средних подушевых нормативов финансирования медицинской помощи и средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи, согласно приложению № 5;

- Половозрастные группы численности застрахованных лиц в Республике Коми, используемые для определения половозрастных коэффициентов, согласно приложению № 6;

- Значения коэффициентов дифференциации за работу в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, согласно приложению № 7;

- Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц для медицинских организаций, рассчитанных на основе базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и коэффициентов дифференциации, согласно приложению № 8;

- Перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, согласно приложениям №№ 9.1, 9.2;

- Размеры средних нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара и размеры базовых ставок, согласно приложению № 10.1;

- Размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, согласно приложению № 10.2;

- Поправочные коэффициенты оплаты медицинской помощи, согласно приложению № 11;

- Коэффициенты стоимости посещения, обращения (с учетом кратности посещений по поводу заболеваний) по специальностям для расчета тарифов на оплату амбулаторно-поликлинической помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Республики Коми, согласно приложению № 12;

- Особенности оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Коми, согласно приложению № 13;

- Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС на территории Республики Коми на 2026 год, согласно приложению № 14 (Справочник тарифов);

- Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи, согласно приложению № 15.