

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в сфере обязательного медицинского страхования
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ НА 2026 ГОД

г. Петрозаводск

«30» января 2026 года

I. Общие положения

1.1 Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) Республики Карелия, в соответствии с:

– Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ);

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ);

– постановление 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» (далее - Программа государственных гарантий);

– 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 Правительства РФ от 05.05.2012 № 462);

– постановление Правительства Республики Карелия от 30.12.2025 № 477-П «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Карелия на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Территориальная программа государственных гарантий);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

– приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44 «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – приказ МЗ РФ от 10.02.2023 № 44);

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.02.2021 № 80н «Об утверждении порядка и сроков рассмотрения тарифных соглашений, заключаемых в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, подготовки заключения Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о соответствии тарифного соглашения базовой программе обязательного медицинского страхования и его типовой формы» (далее – приказ МЗ РФ от 12.02.2021 № 80н);

– приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – приказ ФФОМС от 07.04.2011 № 79);

– 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, а также ее финансового обеспечения» (далее – приказ МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н);

– «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);

– Приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

– и иными нормативными правовыми актами.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Республики Карелия, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, 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.

1.3. На основании статей 30, 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ, статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются Министерство здравоохранения Республики Карелия

(далее – Министерство) в лице Министра здравоохранения Республики Карелия М.Е. Охлопкова, Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» (далее – ГУ ТФОМС РК) в лице директора А.И. Хейфеца, Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» в лице директора В.А. Пантелеева, Республиканская организация профсоюза работников здравоохранения в лице председателя Е. А. Хидишяна, Карельское республиканское отделение Общероссийской общественной организации «Российский красный крест» в лице председателя В. Ю. Полищук.

1.4. Положения Тарифного соглашения являются обязательными для всех участников сферы обязательного медицинского страхования Республики Карелия.

1.5. За счет средств ОМС оплачивается медицинская помощь, оказанная медицинскими организациями любой формы собственности, имеющими полученную в установленном порядке лицензию на оказание медицинской помощи, включенными в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС (Приложение № 1 к настоящему Тарифному соглашению) и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

1.6. Оплата объемов медицинской помощи, предоставленных сверх объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС, не является обязательством сферы ОМС.

II. Способы оплаты медицинской помощи.

2.1. 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 скintiграфических исследований (далее - ПЭТ/КТ и

ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки 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 финансового обеспечения 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;

- 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;

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);

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;

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);

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации - используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной

помощи взрослому населению, утвержденным приказом МЗ и СР РФ от 14.04.2025 № 202н.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, 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 исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

2.3. 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 № 32 к настоящему Тарифному соглашению, 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).

2.4. По нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

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

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

2.6. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям

предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи.

2.7. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Республики Карелия, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты устанавливается в Приложении №1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. Порядок применения способов оплаты установлены Приложением №2 к настоящему Тарифному соглашению.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по ОМС устанавливаются в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату 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 одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Разработка, внедрение, развитие, модернизация и техническое обслуживание государственных информационных систем в сфере здравоохранения Республики Карелия и их подсистем осуществляется за счет средств бюджета Республики Карелия. Расходы на разработку, внедрение, развитие, модернизацию и техническое обслуживание медицинских информационных систем медицинских организаций могут быть оплачены за счет средств обязательного медицинского страхования при наличии исключительных/неисключительных прав на использование программного продукта (информационной системы) в медицинской организации и постановки программного продукта на учет медицинской организации.

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.

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 13 461,16 рублей (с учетом медицинской реабилитации).

3.1.1. При определении подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц устанавливаются:

3.1.1.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению).

Половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива

финансирования амбулаторной медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение №2 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.1.3. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц на 2026 год в размере 2 814,25 рублей, в месяц – 234,52 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 1 851,48 рублей, в месяц – 154,29 рублей.

3.1.1.4. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, а также 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;

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №6 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2. Для оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай) комплексное посещение), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями республики Карелия лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации, устанавливаются:

3.1.2.1. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай), УЕТ), оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе на консультации с применением телемедицинских технологий (Приложение № 7 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.2. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам определенных групп населения, диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, на исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию, в том числе с использованием мобильных медицинских бригад и в выходные дни (Приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.3. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату обследований при посещении с профилактическими целями центров здоровья (центров медицины здорового долголетия), диспансерного наблюдения, дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школ сахарного диабета (Приложение №10 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.4. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на медицинские услуги (Приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.2.5. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на медицинские услуги для осуществления межучрежденческих расчетов (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.3. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, а также информация об их соответствии/несоответствии требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Приложение №13 к настоящему Тарифному соглашению).

3.1.4. 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 устанавливаются в Приложении № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2. При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в

стационарных условиях расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в размере 14 904,87 рублей (с учетом медицинской реабилитации).

3.2.2. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях в составе Программы государственных гарантий, с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (Приложение № 22 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в стационарных условиях – 51882,94 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях) – 34 133,51 рублей.

3.2.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи для медицинских организаций (Приложение №1 к настоящему Тарифному соглашению);

б) коэффициентов специфики (Приложение № 22 к настоящему Тарифному соглашению);

в) коэффициентов сложности лечения пациента (Приложение № 24 к настоящему Тарифному соглашению);

г) коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (Приложение №19 к настоящему Тарифному соглашению).

К первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) 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.

Уровни медицинских организаций и порядок направления пациентов в медицинские организации определяется Министерством здравоохранения Республики Карелия.

3.2.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлен Приложениями №2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ в условиях круглосуточного стационара (Приложение №22 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.7. Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение №30 к настоящему Тарифному соглашению)

3.2.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 28 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 29 к настоящему Тарифному соглашению).

3.2.11. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе государственных гарантий (Приложение № 20 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3. При определении тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в условиях дневного стационара расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в размере 3326,87 рублей (с учетом медицинской реабилитации).

3.3.2. Перечень КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в условиях дневного стационара в составе Программы государственных гарантий, с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ (Приложение № 32 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.3. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ, в условиях дневного стационара – 28188,99 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия (базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара) - 18 545,39 рублей.

3.3.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи для медицинских организаций (Приложение № 1 к настоящему Тарифному соглашению);

б) коэффициентов специфики (Приложения № 32 к настоящему Тарифному соглашению);

в) коэффициентов сложности лечения пациента (Приложение № 24 к настоящему Тарифному соглашению)

г) коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (Приложение № 19 к настоящему Тарифному соглашению).

К первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) 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.

Уровни медицинских организаций и порядок направления пациентов в медицинские организации определяется Министерством здравоохранения Республики Карелия.

3.3.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен Приложениями №2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.3.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ в условиях дневного стационара (Приложение №32 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.7. Тарифы на оплату услуг диализа (Приложение №8 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации (Приложение № 36 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (Приложение № 34 к настоящему Тарифному соглашению).

3.3.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение № 35 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4. При определении тарифа на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.4.1. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, вне медицинской организации расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, 2024,44 рублей.

3.4.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования установлены приложением №2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации к базовому подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (Приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению).

Половозрастные группы численности застрахованных лиц, используемые для определения половозрастных коэффициентов дифференциации, применяемых для установления подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне

медицинской организации (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4.4. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на 2026 год в размере 2016,61 рублей, в месяц – 168,05 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 1 326,72 рублей, в месяц – 110,56 рублей.

3.4.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, а также коэффициенты:

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №17 к настоящему Тарифному соглашению).

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями республики Карелия лицам, застрахованным на территориях других субъектов Российской Федерации (Приложение №18 к настоящему Тарифному соглашению).

3.5. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, устанавливаются:

3.5.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования (Приложение №2).

3.5.2. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц на 2026 год в размере 9 107,96 рублей, в месяц – 759,00 рублей, в том числе без учета коэффициента дифференциации по Республике Карелия – 5 992,08 рублей, в месяц – 499,34 рублей.

3.5.3. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, а также 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;

половозрастного состава;

уровня расходов медицинских организаций;

достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Республике Карелия;

дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (Приложение №12).

IV. Размер неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1. ГУ ТФОМС РК и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам в соответствии с приказом МЗ РФ от 19.03.2021 № 231н.

4.2. Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ГУ ТФОМС РК), в соответствии с «Перечнем нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования» (Приложение №38 к настоящему Тарифному соглашению).

4.3. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи ГУ ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложениями Соглашения, действовавшего в момент оказания медицинской помощи.

V. Заключительные положения

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу с **1 января 2026 года** и распространяется на

правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. Все приложения к Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

5.3. Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению в соответствии с решениями Комиссии по разработке Территориальной программы ОМС. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью тарифного соглашения.

5.4. По всем вопросам, неурегулированным настоящим Тарифным соглашением, стороны руководствуются действующим законодательством.

Подписи сторон:

Министерство здравоохранения

Республики Карелия _____

М.Е. Охлопков

ГУ ТФОМС РК _____

А.И. Хейфец

Карельский филиал ООО «СМК РЕСО-Мед» _____

В.А. Пантелеев

Республиканская организация профсоюза
работников здравоохранения _____

Е. А. Хидишян

Карельское республиканское отделение

Общероссийской общественной

организации «Российский красный крест» _____

В.Ю. Полищук