# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ ОБ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ НА 2026 ГОД

**Улан-Удэ** **30 января 2026 года**

## Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Министерство здравоохранения Республики Бурятия в лице первого заместителя министра здравоохранения Республики Бурятия Цыбиковой Л.А., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Бурятия в лице директора Варфоломеева А.М., Бурятский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице директора Гаврилова Ю.А., Региональная общественная организация «Медицинская палата Республики Бурятия» в лице председателя Иринчеева А.Д., Бурятская республиканская организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Шигаевой А.А., в соответствие со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», заключили настоящее Тарифное соглашение об оплате медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2026 год (далее - Соглашение).

1.1. Настоящее Соглашение заключено на основании и в соответствии со следующими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Республики Бурятия:

- Федеральный закон от 21.11.2011 N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

- Федеральный закон от 29.11.2010 N326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";

- постановление Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 N2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов" (далее - Программа);

- постановление Правительства Республики Бурятия от 28.01.2026 №38 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Бурятия на 2026 и на плановый период 2027 и 2028 годов";

- приказы Министерства здравоохранения Российской Федерации: от 21.08.2025 N496н "Об утверждении Правил обязательного медицинского

страхования", от 10.02.2023 N44н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения";

- другими нормативными правовыми актами Российской Федерации, Республики Бурятия, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Соглашения.

1.2. Предметом настоящего Соглашения являются:

1.2.1. Установление порядка применения способов оплаты медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.2.2. Установление размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в 2026 году.

1.2.3. Определение размера 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. Термины и определения, используемые в Соглашении:

Прикрепленное лицо - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 N326-ФЗ, проживающее на территории Республики Бурятия и прикрепившееся к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Способ оплаты медицинской помощи - установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и территориальной программой обязательного медицинского страхования способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Подушевой норматив финансирования - размер финансовых средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепленное к медицинской организации.

Посещение (с профилактической и иными целями и при оказании медицинской помощи в неотложной форме) - единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью.

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 стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

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

Внешние медицинские услуги – консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Случай госпитализации в круглосуточный стационар или случай лечения в дневном стационаре (далее также - случай лечения) - случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

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).

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости, коэффициента дифференциации и поправочных коэффициентов.

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.

Коэффициент дифференциации – коэффициент, отражающий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для отдельных территорий Республики Бурятия, 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 6 Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Коэффициент половозрастных затрат – коэффициент, учитывающий уровень потребления первичной медико-санитарной помощи/скорой медицинской помощи лицами, застрахованными в Республике Бурятия, в разрезе половозрастных групп населения.

Коэффициент относительной затратоемкости - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент затратоемкости, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке) и не подлежащий изменению в субъекте Российской Федерации.

Коэффициент специфики - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализации и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний.

Коэффициент уровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

## Раздел 2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. При реализации территориальной программы ОМС на территории Республики Бурятия применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации

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

В рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при финансовом обеспечении первичной (первичной специализированной) медико-санитарной помощи выделяются подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология».

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, диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

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

- медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских

вмешательств) проведена и оплачена в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара);

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

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

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

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

Кроме того, за единицу объема медицинской помощи оплачиваются:

- проведение процедур диализа, включающих различные методы;

- медицинская помощь, оказываемая в республиканском сурдологическом центре, сурдологическом кабинете ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РБ;

- обследования, проводимые при подготовке к процедуре экстракорпорального оплодотворения;

- обследования, проводимые при подготовке к проведению лекарственной терапии злокачественных новообразований у взрослых;

- диагностические исследования "Коронарография";

- медицинская помощь, оказываемая в республиканском центре мобильных бригад.

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 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 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 таблице 4 пункта 4.6. раздела 4 приложения №2, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний;

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 таблицей 7 пункта 5.5 раздела 5 приложения №2 к Программе, 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);

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), за проведение тромболизиса с применением лекарственного средства.

2.2. Перечень применяемых медицинскими организациями способов оплаты в разрезе условий оказания медицинской помощи приведен в приложении N1 к Соглашению. Распределение медицинских организаций (структурных подразделений) по уровням (подуровням) оказания медицинской помощи приведено в приложении N1а.

2.3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, определен приложением N2 к Соглашению.

2.4. Порядок осуществления выплат стимулирующего характера медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за выполнение целевых показателей деятельности в 2026 году, перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки определены в приложении N3 к Соглашению.

## Раздел 3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФА НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных

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

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.

Предельный размер расходов на арендную плату движимого имущества, 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.

За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения 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.

3.2. В части медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере 13431,2 рубля в год;

размер базового подушевого норматива финансирования (за исключением стоматологической помощи) в размере 3053,19 рублей в год (254,43 рублей в месяц);

размер базового подушевого норматива финансирования по профилю «стоматология» в размере 419,64 рублей в год (34,97 рублей в месяц);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и коэффициенты дифференциации (приложение N4);

- тарифы для отражения в реестрах и информирования застрахованных лиц о стоимости единиц объема медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями прикрепленному населению (приложение N5);

- тарифы на оплату лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), диагнозом "грипп" в амбулаторных условиях (на дому) для отражения в реестрах медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, информирования застрахованных лиц, а также проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N6);

- коэффициенты половозрастного состава (приложение N7);

- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения для всех медицинских организаций (принимается равным 1);

- тарифы на диспансерное наблюдение застрахованных граждан из числа взрослого населения с хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, включая диспансерное наблюдение работающих граждан на рабочем месте и (или) обучающихся в образовательных организациях, диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-

интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме (приложение N8);

- базовый размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава России от 14.04.2025 N 202н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению", на год составляет:

ФП, ФАП, обслуживающий до 100 жителей, - 1380,3 тыс. рублей;

ФП, ФАП, обслуживающий от 101 до 800 жителей, - 1533,7 тыс. рублей;

ФП, ФАП, обслуживающий от 801 до 1500 жителей, - 3067,5 тыс. рублей;

ФП, ФАП, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, - 3067,5 тыс. рублей.

Размер финансового обеспечения ФП, ФАП, обслуживающих до 100 жителей, установлен с учетом понижающего коэффициента 0,9, к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей.

Территориальные нормативы финансовых затрат на финансовое обеспечение ФП, ФАП устанавливаются путем применения коэффициентов дифференциации указанных в приложении N27 и коэффициента доступности медицинской помощи, к базовым размерам финансового обеспечения ФП, ФАП.

Для ФП, ФАП, не укомплектованных в соответствии с рекомендуемыми штатными нормативами, установленными приказом N202н, размер финансового обеспечения определяется с применением коэффициентов специфики, установленных приложением N10 к Тарифному соглашению.

В случае, если у ФП, ФАП в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными приказом N202н, годовой размер финансового обеспечения ФП, ФАП изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение ФП, ФАП за предыдущие периоды с начала года.

При обслуживании ФП, ФАП женщин репродуктивного возраста (женщин в возрасте от 18 до 49 лет включительно), но при отсутствии в пунктах акушерок, отдельные полномочия по работе с такими женщинами возлагаются на фельдшера (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), при этом устанавливается отдельный повышающий коэффициент, рассчитанный с учетом доли таких женщин в численности прикрепленного населения.

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

- размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (приложение N9);

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение ФП, ФАП, учитывающие соответствие их требованиям, установленным приказом МЗ РФ от 14.04.2025 N 202н (приложение N10);

- тарифы на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями (приложение N11);

- тарифы на оплату на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной в неотложной форме для отражения в реестрах и информирования застрахованных лиц о стоимости единиц объема медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями прикрепленному населению, для проведения взаиморасчетов, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N12);

- тарифы на оплату стоматологической помощи в амбулаторных условиях для отражения в реестрах и информирования застрахованных лиц о стоимости единиц объема медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями прикрепленному населению, для проведения взаиморасчетов, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия; среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях (приложение N13);

- тарифы на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N14);

- тарифы на оплату медицинской помощи, при дистанционном наблюдении за пациентами с сахарным диабетом и артериальной гипертензией, при проведении консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии, том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N15);

- тарифы на услуги в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и случаев диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N16);

- тарифы на услуги в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения (2 этап), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики (приложение N17);

- тарифы на услуги в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, в том числе для оплаты

медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N18);

- тарифы на оплату диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N19);

- тарифы на проведение углубленной диспансеризации застрахованных лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N20);

- тарифы на оплату внешних консультативных, диагностических и лечебных амбулаторно-поликлинических услуг для проведения взаиморасчетов, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N21);

- тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы ОМС установлены отдельные нормативы (приложение N22);

- тарифы на оплату услуг заместительной почечной терапии, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N23);

- тарифы на оплату обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация", в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N24);

- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой республиканским центром мобильных бригад, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N25);

- коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи (приложение N27);

3.3. В части медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, устанавливаются:

- перечень 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), значения коэффициентов относительной затратоемкости оказания медицинской помощи, специфики, а также доли заработной платы и прочих расходов в составе тарифа по перечню КСГ, применяемые для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N29);

- перечень 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), значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи, специфики, а также доли заработной платы и прочих расходов в составе тарифа по перечню КСГ для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в том числе гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N30);

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, 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, в стационарных условиях в сумме 14007,0 рублей, в условиях дневного стационара – 3345,7 рублей;

- размер базовой ставки, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованными за пределами Республики Бурятия (приложение N31);

- тарифы на оплату услуг заместительной почечной терапии, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N23);

- коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи (приложение N27);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Республике Бурятия в стационарных условиях (принимается равным 1);

- коэффициенты сложности лечения пациентов (приложение N26);

- тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, а также доли заработной платы в структуре тарифа, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Республики Бурятия (приложение N28).

3.4. В части скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, устанавливаются:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в размере 1957,0 рублей;

- базовый подушевой норматив финансирования в размере 1394,2 рублей в год (116,18 рублей в месяц);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования на оплату

скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (приложение N4);

- коэффициенты половозрастного состава (приложение N7);

- коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи (приложение N27);

- коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения для всех медицинских организаций, принимается равным 1;

- тарифы на оплату вызовов скорой медицинской помощи, оплату случая проведения тромболизиса (приложение N32).

## Раздел 4. 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

В соответствии с п. 8 ч. 7 ст. 34 и п. 2 ч. 3 ст. 39 Федерального закона от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" Территориальный фонд ОМС Республики Бурятия и филиалы страховых медицинских организаций, включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в 2026 году на территории Республики Бурятия, проводят контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, порядок проведения которого установлен Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона N 326-ФЗ.

Подушевые нормативы финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, по условиям оказания медицинской помощи рассчитываются путем деления подушевого норматива, установленного территориальной программой, на единый коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением N462 (1,449), и умножения на коэффициент дифференциации, используемый при оплате медицинской помощи в соответствующей медицинской организации, установленный приложением N27.

Размеры подушевых нормативов финансирования в разрезе условий оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

подушевой норматив финансирования территориальной программы за

счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях, - 13563,7 рубля;

подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, - 1986,8 рублей;

подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, - 14751,8 рублей;

подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам, - 3399,6 рублей.

В приложении N33 устанавливаются Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), применяемый к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования; санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

## Раздел 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Соглашение вступает в силу с 1 января 2026 года и действует до окончания расчетов за медицинскую помощь, оказанную в период с 1 января по 31 декабря 2026 года.

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

5.3. Период вступления в силу внесенных изменений в тарифное соглашение устанавливается в дополнительном соглашении к тарифному соглашению.

Первый заместитель
министра здравоохранения
Республики Бурятия -
Председатель Комиссии Л.А. Цыбикова

Директор Территориального фонда ОМС
Республики Бурятия А.М. Варфоломеев

Директор Бурятского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Ю.А. Гаврилов

Председатель региональной
общественной организации
«Медицинская палата Республики Бурятия» А.Д. Иринчеев

Председатель Бурятской
республиканской организации профсоюза
работников здравоохранения РФ А.А. Шигаева