Приложение 2.1

к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

от 28.01.2026 года № 1/2026

**Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц 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 2026 году**

**1. Расчет ежемесячного размера финансового обеспечения по дифференцированному подушевому нормативу медицинских организаций**

1.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на проведение отдельных диагностических исследований (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 C (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом C (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита C), иных диагностических исследований, предусмотренных Приложением 7 к Соглашению № 1/2025);

- расходов на оплату медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказанной в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;

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

- расходов на оплату диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе углубленной диспансеризации);

- расходов на оплату диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

- расходов на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- расходов на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- расходов на оплату услуг диализа;

- расходов на оплату консультативных посещений с иной целью, консультативных обращений по заболеванию;

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

- размера средств на выплаты медицинским организациям за достижения показателей результативности деятельности;

- расходов на дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

- расходов на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации;

- расходов на оплату медицинской помощи в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием по профилю «Акушерство и гинекология»;

- расходов на оплату медицинской помощи в части посещений с иной целью и обращений в связи с заболеванием по профилю «Стоматология»;

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

- расходов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей;

- расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, или их законным представителям, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.[[1]](#footnote-1)

1.1.1. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Стоматология» включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием по профилю «Стоматология».

1.1.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Акушерство и гинекология» включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием по профилю «Акушерство и гинекология».

1.2. С учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания амбулаторной медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации (округляется до двух знаков после запятой) по следующей формуле:

**ДПн = ПНбаз** х**КДпв** х **КДур** х **КДзп** х **КДот** х **КД**, где

**ДПн**–дифференцированный подушевой норматив для медицинской организации в расчете на год;

**ПНбаз** – базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц на год;

**КДпв** – коэффициент половозрастного состава, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, включая оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше (в соответствии с Таблицей 1):

Таблица 1

Половозрастные коэффициенты дифференциации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Половозрастные группы застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| моложе трудоспособного возраста | | | | | | трудоспособный возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| 0-1 года | | 1-4 года | | 5-17 лет | | 18-64 лет | | 65 лет и старше | |
| Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен | Муж | Жен |
| 4,1683 | 3,7832 | 3,6323 | 3,5473 | 1,8863 | 1,8173 | 0,4813 | 0,7290 | 1,6000 | 1,6000 |

**КДур** – коэффициент уровня расходов медицинской организации (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

**КДзп** – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренный «дорожными картами» развития здравоохранения в Камчатском крае;

**КДот** – коэффициент 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:

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, в размере 1,113,

- для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, в размере 1,04;

**КД** – коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

1.3. Для расчета фактического дифференцированного подушевого норматива для медицинской организации на месяц годовое значение **ДПн** делится на 12 (в декабре учитывается фактическое финансирование с начала года).

1.4. Расчет размера финансового обеспечения по подушевому нормативу финансирования медицинской организации на месяц, в котором оказывается медицинская помощь, производится страховыми медицинскими организациями с учетом фактического дифференцированного подушевого норматива медицинской организации на месяц и численности прикрепленных граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, по состоянию на 01 число текущего месяца по формуле:

**ФОмес = ДПнмес** х **Чзпр + ∑ФАП/12 + ФОрд**, где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, на текущий месяц;

**Чзпр** – численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

**ФОрд**– размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности;

**ФАП** – годовой размер финансового обеспечения всех фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, являющихся структурными подразделениями соответствующей медицинской организации, установленный в соответствии с приложением 2.3 к Соглашению № 1/2026.

В случае если у фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов   
в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленным приказом Минздрава РФ от 14.04.2025 № 202н, годовой размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов изменяется с учетом объема средств, направленных на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за предыдущие периоды с начала года, и рассчитывается следующим образом:

ФАП = ОСфп/фап + (ФАПуточн х (12-количество месяцев в предыдущем периоде) / 12, где

ОСфп/фап – фактический размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта,

ФАПуточн – годовой размер финансового обеспечения фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта с учетом изменившейся численности обслуживаемого населения.

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

1.5. В целях организации учета объемов финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в разрезе целей её оказания страховая медицинская организация производит расчет приведенных сумм финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц в следующем порядке:

1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями (**ФОамб.посещ.**) определяется по формулам:



**=** х **0,08333;**



**=** , где



k – период расчета (с января по март);

m – период расчета (с апреля по декабрь);

– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с января по март);



– приведенный объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями на определенный месяц (с апреля по декабрь);



– объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи в части посещений с иными целями, установленный решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Камчатском крае на 2025 год;



1. приведенный объем финансового обеспечения на текущий месяц амбулаторной медицинской помощи в части обращений по заболеванию (**ФОамб.обращ.**) определяется по формуле:

**ФОамб.обращ. = ФОмес - ФОамб.посещ.,** где

**ФОмес**– размер финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу с учетом объема финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов на текущий месяц.

1. при расчете приведенного объема финансового обеспечения на октябрь-декабрь производится корректировка расчета, произведенного в соответствии с подпунктами 1 и 2, с учетом фактических объемов финансирования медицинской помощи.

1.6. Расчет ФОрд (размера средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности) осуществляется с учетом критериев и на основании методики расчета выплат стимулирующего характера при достижении целевых значений показателей результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу, при реализации Территориальной программы ОМС в Камчатском крае, утвержденных в соответствии с приложением 10 к Соглашению № 1/2026.

1.7. Сведения о размере финансового обеспечения по подушевому нормативу на текущий месяц направляются страховой медицинской организацией в медицинскую организацию и территориальный фонд ОМС Камчатского края не позднее 28 числа текущего месяца по установленной форме.

1.8. Оплата страховыми медицинскими организациями лабораторных и иных диагностических исследований, проведенных на базе централизованных лабораторий осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на лабораторные исследования.

1.9. Оплата медицинской помощи (в части посещений с иными целями и обращений по заболеванию), оказанной гражданам, не прикрепленным к соответствующей медицинской организации (далее – МО-исполнитель), по направлениям, выданным по согласованию с МО-исполнителем иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина, имеющей лицензию на оказание соответствующей медицинской помощи, но не имеющей специалиста соответствующего профиля (за исключением случаев плановой консультативно-диагностической помощи в амбулаторных условиях по направлениям в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Камчатского края от 12.09.2014 № 774), осуществляется страховыми медицинскими организациями за счет уменьшения объема финансирования медицинской организации, направившей на консультацию, лечение, на основании актов сверки с приложением поимённых списков пациентов, в отношении которых были оформлены направления.

**2. Оплата амбулаторной медицинской помощи, оказанной**

**медицинской организацией**

2.1. Медицинская организация представляет территориальному фонду ОМС Камчатского края сформированные реестры счетов и счета на оплату оказанной медицинской помощи, с учетом следующих особенностей:

2.1.1. Отдельно формируется реестр счета и счет на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, застрахованным за пределами Камчатского края.

Указанные реестр счета и счет формируются по тарифам за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу) в порядке, предусмотренном для осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.1.2. Отдельно формируется счет на оплату по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях гражданам, застрахованным в Камчатском крае.

2.1.2.1. В реестр счета включаются сведения об оказанной гражданам медицинской помощи в амбулаторных условиях:

– обращения по поводу заболеваний;

– посещения с иными целями;

­– посещения с иными целями и обращения по заболеванию в фельдшерских здравпунктах и фельдшерско-акушерских пунктах (к указанным случаям применяется индивидуальный коэффициент соответствия (Кфп/фап)).

В реестре счета заполняются персонифицированные сведения о пролеченных больных и об оказанной им в отчетном периоде амбулаторной медицинской помощи по тарифам, установленным за единицу объема (посещение, обращение, медицинскую услугу).

2.1.2.2. Счет на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования заполняется по установленной форме с обязательным указанием:

- численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по состоянию на 01 число месяца, в котором оказана медицинская помощь;

- размера финансового обеспечения на текущий месяц (на основании данных, полученных от соответствующей страховой медицинской организации);

- суммы к оплате, соответствующей рассчитанному размеру финансового обеспечения на текущий месяц, с учетом положений п. 2.1.2.3 настоящего Порядка.

2.1.2.3. При предъявлении к оплате счетов и реестров счетов за оказанную амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется расчет индивидуального коэффициента соответствия в целях приведения итоговой суммы по реестру в соответствие с размером суммы по счету на оплату по подушевому финансированию амбулаторной медицинской помощи, за расчетный месяц.

Индивидуальный коэффициент соответствия (Кподуш) рассчитывается медицинской организацией по каждой страховой медицинской организации отдельно для посещений с иной целью, отдельно для обращений по поводу заболевания по следующей формуле:

**Кподуш = СУМподуш / СУМ**, где

**СУМподуш** – сумма по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения медицинской организации на текущий месяц.

**СУМ** – стоимость оказанной амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

**Кфп/фап = (ФАП/12) / СУМфп/фап**, где

**СУМфп/фап** – стоимость оказанной фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами амбулаторной медицинской помощи по тарифам в соответствии с реестром счета (до применения индивидуального коэффициента).

Индивидуальный коэффициент соответствия (округляется до четырех знаков после запятой) применяется ко всем услугам, включенным в реестр счета на оплату оказанной медицинской помощи.

Далее рассчитывается сумма коррекции, как разница между суммой по счету в размере рассчитанного финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи на текущий месяц и стоимости по тарифу в соответствии с реестром счета после применения индивидуального коэффициента, которая применяется к сумме, указанной в счете.

После применения индивидуального коэффициента соответствия и корректировки суммы по счету соответствующий счет и реестр счета предъявляются к оплате в установленном порядке.

2.1.2.4. Случаи оказанной медицинской помощи, включенные в реестр по подушевому нормативу и отклоненные территориальным фондом обязательного медицинского страхования Камчатского края после проведения медико-экономического контроля, дорабатываются в установленные законодательством сроки и подаются к оплате в общем счете (по установленной форме) по тарифам в соответствии с учетом Кподуш.

2.1.3. Отдельно формируется счет и реестр счета на оплату:

– диагностических услуг, указанных в приложении 7 к Соглашению 1/2026;

– комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»;

– посещений в неотложной форме;

– посещений в связи с проведением профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, порядки проведения которых установлены нормативными правовыми актами;

– комплексных посещений в рамках диспансерного наблюдения;

– посещений с иными целями и обращений по заболеванию по направлениям, выданным иной медицинской организацией по месту прикрепления гражданина;

– комплексных посещений школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

– консультативных посещений с иной целью, консультативных обращений по заболеванию;

– посещений центров здоровья (центров медицины здорового долголетия);

– посещений в связи с проведением второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации.

2.2. Страховые медицинские организации ежемесячно в сроки, предусмотренные договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оплачивают счета медицинской организации за оказанную медицинскую помощь с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Уменьшение оплаты, применение штрафных санкций по результатам контроля осуществляется исходя из тарифов за 1 посещение с иной целью, обращение по заболеванию с учетом подушевого финансирования и поправочных коэффициентов.

1. В редакции Дополнительного соглашения № 2-2026 от 26.02.2026 г. с 01.02.2026 г. [↑](#footnote-ref-1)