

**Тарифное соглашение
в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской
области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов**

г. Архангельск

30 января 2026 г.

I. Общие положения

Заместитель председателя Правительства Архангельской области, председатель комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области Скубенко И.В., территориальный фонд обязательного медицинского страхования Архангельской области в лице директора Ясько Н.Н., профессиональные союзы медицинских работников, включенные в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Архангельской области (далее – Комиссия), в лице председателя Архангельской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации Зубова А.В., страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской области, в лице директора Архангельского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Руссу Е.В., медицинские профессиональные некоммерческие организации, включенные в состав Комиссии, в лице председателя Правления Медицинской ассоциации Архангельской области Моногаровой Ю.Ю., именуемые в дальнейшем Стороны, руководствуясь:

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

Федеральным законом Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

законом Архангельской области от 22.12.2025 № 312-22-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», (далее – областной закон № 312-22-ОЗ);

постановлением Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» от 29.12.2025 № 2188 (далее – Программа);

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 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

постановлением Правительства Архангельской области «Об утверждении территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» от 29.12.2025 № 1290-пп;

методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными 28.01.2025 Министерством здравоохранения Российской Федерации № 31-2/115, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 00-10-26-2-06/965,

заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Архангельской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

1. Предметом Тарифного соглашения является установление и порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в объеме, предусмотренном территориальной программой обязательного медицинского страхования Архангельской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (далее – территориальная программа ОМС), являющейся составной частью территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов.

2. Оплата медицинской помощи по территориальной программе ОМС осуществляется в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Правилами ОМС, настоящим Тарифным соглашением, а также иными нормативными документами в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными в установленном порядке.

II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Архангельской области

3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus)

в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья (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;

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

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus)

в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

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

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

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

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).

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлен в приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению и включает в себя, в том числе перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, а также перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), критерии их оценки (включая целевые значения) и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение целевых значений указанных показателей.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, установлен

в приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению, и включает в себя коэффициенты, используемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи.

4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) осуществляется:

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлен в приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению и определяет, в том числе порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях на территории Архангельской области, в разрезе уровней (подуровней) оказания медицинской помощи, установлен в приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

5. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется:

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 № 8 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен в приложении № 5 к настоящему Тарифному соглашению и определяет, в том числе порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, на территории Архангельской области в разрезе уровней (подуровней) оказания медицинской помощи, установлен в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Оплата скорой медицинской помощи (далее – СМП), оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи – за вызов СМП:

- при оказании СМП застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого был выдан полис ОМС;

- при оказании СМП с проведением тромболитической терапии (системного тромболизиса);

- при оказании скорой специализированной медицинской помощи специализированными выездными бригадами анестезиологии-реанимации и экстренными консультативными бригадами.

Порядок оплаты 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) установлен в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению и включает в себя, в том числе перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования.

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, имеющих обслуживаемое население, установлен в приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению и включает в себя коэффициенты, используемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.

7. Порядок оплаты стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установлен в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению и включает в себя, в том числе перечень стоматологических групп (СТГ), а также определяет порядок оплаты прерванных случаев лечения.

8. Порядок оплаты медицинских услуг установлен в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению и включает в себя, в том числе порядок оплаты лабораторных исследований, выполняемых централизованными лабораториями, и порядок оплаты отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой ОМС установлены отдельные нормативы.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

9. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС соответствует структуре, установленной частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование,

производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу.

В соответствии с разделом IV Программы 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.

Использование средств обязательного медицинского страхования медицинской организацией на возмещение затрат, не включенных в структуру тарифа, является нецелевым и подлежит восстановлению в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

10. Тарифы на оплату медицинской помощи (далее – тарифы) рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, установленной разделом XI Правил ОМС, и устанавливаются настоящим Тарифным соглашением в порядке, определенном частью 2 статьи 30 Федерального закона № 326-ФЗ.

Тарифы на отдельные медицинские услуги установлены в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н.

Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются для медицинских организаций дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций.

В соответствии с пунктом 229 Правил ОМС для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы Архангельской области, при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, полис обязательного медицинского страхования которым выдан в Архангельской области, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленные в тарифном соглашении, заключаемом в соответствии со статьей 30 Федерального закона № 326-ФЗ, другого субъекта Российской Федерации для данной медицинской организации в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

11. Оплата медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется территориальным фондом обязательного медицинского страхования Архангельской области (далее – ТФОМС АО) по видам медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, по способам оплаты и тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением.

12. Размеры базовых нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в разрезе условий оказания медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенные на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, согласно территориальной программе ОМС, установлены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

13. Оплата медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, осуществляется по тарифам:

1) на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при проведении диспансеризаций и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения, согласно приложению № 12 к настоящему Тарифному соглашению;

2) на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, а также оказанной в период нахождения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров, для взаиморасчетов между медицинскими организациями, согласно приложению № 13 к настоящему Тарифному соглашению;

3) на оплату медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях, согласно приложению № 14 к настоящему Тарифному соглашению, включающему, в том числе тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, для которых территориальной программой ОМС установлены отдельные нормативы;

4) на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, а также в период нахождения пациента в условиях круглосуточного и дневного стационаров, с применением телемедицинских технологий для межучрежденческих расчетов, согласно приложению № 15 к настоящему Тарифному соглашению;

5) на оплату медицинской помощи при проведении заместительной почечной терапии (диализа) согласно приложению № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

6) на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за посещение (обращение) согласно приложению № 17 к настоящему Тарифному соглашению;

7) на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, согласно приложению № 18 к настоящему Тарифному соглашению;

8) на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, за законченный случай лечения заболевания по высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, согласно приложению № 19 к настоящему Тарифному соглашению;

9) на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, за законченный случай лечения заболевания, включенного

в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний, согласно приложению № 20 к настоящему Тарифному соглашению;

10) на оплату 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, за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), согласно приложению № 21 к настоящему Тарифному соглашению;

11) на оплату стоматологической медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую стоматологическую группу заболеваний, согласно приложению № 22 к настоящему Тарифному соглашению;

12) на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации застрахованных лиц, согласно приложению № 23 к настоящему Тарифному соглашению;

13) на оплату скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной), оказанной вне медицинской организации, по подушевому нормативу финансирования, согласно приложению № 24 к настоящему Тарифному соглашению;

14) на оплату лабораторных исследований, выполняемых централизованными лабораториями, согласно приложению № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

Взаиморасчеты между медицинскими организациями через страховые медицинские организации за медицинскую помощь, в том числе оплачиваемую по подушевому нормативу финансирования, осуществляются по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи в соответствии с приложениями №№ 12 – 17, 21, 22 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам в рамках территориальной программы ОМС, являются приложением к настоящему Тарифному соглашению.

14. Перечень фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, включающий численность обслуживаемого населения и годовой объем финансового обеспечения, установлен приложением № 26 к настоящему Тарифному соглашению.

15. Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Архангельской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, установлен в приложении № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

**IV. 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**

16. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установлен в приложении № 27 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

17. Финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, включенных в структуру тарифа по обязательному медицинскому страхованию, осуществляется в пределах средств субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджет ТФОМС АО, направляемых на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС.

Расширение структуры тарифа, направление дополнительного объема средств на оплату медицинской помощи по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также на оплату медицинской помощи по страховым случаям, видам и условиям оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, возможно в случае установления в территориальной программе ОМС дополнительных объемов страхового обеспечения по указанным страховым случаям, за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из областного бюджета бюджету ТФОМС АО.

18. Корректировка тарифов на оплату медицинской помощи по всем условиям оказания медицинской помощи, включая подушевые нормативы финансирования, осуществляется:

при внесении изменений в территориальную программу ОМС;

при изменении доходной части бюджета ТФОМС АО, за исключением доходов, имеющих целевое назначение и не включенных в стоимость территориальной программы ОМС;

при существенном отклонении фактической стоимости медицинской помощи от расчетной с целью обеспечения сбалансированности объемов и стоимости в расчетах территориальной программы ОМС.

Решение о корректировке тарифов на оплату медицинской помощи принимается Комиссией.

19. Не является расходным обязательством системы обязательного медицинского страхования оплата медицинской помощи, оказанной сверх объемов предоставления медицинской помощи и их финансового обеспечения, установленных Комиссией, за исключением случаев повышенной заболеваемости, увеличения тарифов на оплату медицинской помощи, количества застрахованных лиц и (или) изменения их структуры по полу и возрасту.

20. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2026 и распространяется на правоотношения, возникшие в рамках реализации территориальной программы ОМС на 2026 год.

21. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания Сторонами.

22. Настоящее Тарифное соглашение обязательно для исполнения всеми участниками обязательного медицинского страхования.

23. Стороны, участвующие в подписании настоящего Тарифного соглашения, в течение пяти рабочих дней с момента его подписания информируют организации, интересы которых они представляют, о вводимых изменениях и дополнениях.

24. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению Стороны принимают все меры для их разрешения путем переговоров.

25. Приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

26. Настоящее Тарифное соглашение изготовлено в пяти экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

VI. Подписи сторон:

Заместитель председателя Правительства
Архангельской области,
председатель комиссии по разработке
территориальной программы
обязательного медицинского
страхования Архангельской области

/И.В. Скубенко/

Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Архангельской области

/Н.Н. Ясько/

Председатель Архангельской
межрегиональной организации
профессионального союза работников
здравоохранения Российской Федерации

/А.В. Зубов/

Директор Архангельского филиала
Акционерного общества «Страховая
компания «СОГАЗ-Мед»

/Е.В. Руссу/

Председатель Правления Медицинской
ассоциации Архангельской области

/Ю.Ю. Моногарова/