

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по реализации сверхбазовой программы обязательного медицинского**  
**страхования в рамках Московской областной программы обязательного**  
**медицинского страхования на 2026 год**

г. Красногорск

25 декабря 2025 г.

**I. Общие положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2026 год (далее – Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС) разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Программа), постановлением Правительства Московской области от 30.12.2025 № «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Московской области от 20.05.2025 № 540-ПП «Об утверждении Порядка предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Московской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Московской области» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО),  
в лице Заместителя Председателя Правительства Московской области - министра  
здравоохранения Московской области Забелина Максима Васильевича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице директора Даниловой Людмилы Павловны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Суслоновой Нины Владимировны,

Ассоциацией «Врачебная палата Московской области», в лице члена Правления Круглова Евгения Ефимовича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице заместителя директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Алексеевой Юлии Анатольевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС является установление способов, порядка оплаты и тарифов на оплату дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – сверхбазовая программа ОМС) в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования за счет межбюджетного трансферта из бюджета Московской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области (далее – межбюджетный трансферт).

3. Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при реализации сверхбазовой программы ОМС.

4. Для целей настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС используются следующие основные понятия и определения:

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**Посещение с профилактической и иной целью** – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе

посещения среднего медицинского персонала, разовые посещения в связи с заболеваниями).

Тарифы на посещения с профилактической и иной целью включают в себя комплекс медицинских мероприятий (инструментальные, диагностические, лабораторные и иные исследования), предусмотренные стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Учет посещений осуществляется по форме №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

**Случай госпитализации, законченный случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационаров** – единица объема медицинской помощи, включающая в себя совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг, предоставленных пациенту в медицинской организации по основному заболеванию в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций – от момента поступления до выписки в рамках (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания и др.) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата, в рамках ведения одной медицинской карты стационарного больного.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи**

### **1. Применяемые способы оплаты в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС.**

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы ОМС за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема и финансового обеспечения предоставляемой в рамках сверхбазовой программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

Объемы медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи, предусмотренных сверхбазовой программой ОМС,

учитываются отдельно от объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренных базовой Программой ОМС.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:***

- за единицу объема медицинской помощи – посещение.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяются следующие способы оплаты:***

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:***

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

***При оплате скорой медицинской помощи применяются следующие способы оплаты:***

- за единицу объема медицинской помощи – вызов.

***При оплате паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе на дому выездными патронажными бригадами, применяются следующие способы оплаты:***

- за единицу объема медицинской помощи – посещение.

***При оплате паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе на койках сестринского ухода, применяются следующие способы оплаты:***

- за случай (законченный случай) лечения.

**2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в амбулаторно-поликлинических условиях.**

2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС, устанавливается Приложением № 1 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

2.2. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных Комиссией объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - посещение.

2.3. Посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета, консультации амбулаторных больных врачами стационаров, повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании

амбулаторной медицинской помощи не подлежат оплате, за исключением медицинской помощи по профилю «фтизиатрия». Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «фтизиатрия», оказанная в один день специалистами структурных подразделений ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер» отнесенных к разным уровням оказания медицинской помощи (в соответствии с Приложением № 1а), оплачивается за каждое посещение специалиста соответствующего уровня.

### **3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в условиях круглосуточного стационара.**

3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 2.

3.2. Стоимость случая госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, определяется как произведение фактического количества койко-дней, проведенных пациентом в стационаре в рамках одного случая госпитализации, и тарифа стоимости 1 койко-дня госпитализации по соответствующей группе заболеваний, за исключением услуги 089ЕЖ2001.10003 «Патологическая анатомия (вскрытия)», оплата по которой осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи - вскрытие.

### **4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в условиях дневного стационара.**

4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 3.

4.2. Стоимость случая лечения при оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, определяется как произведение фактического количества пациенто-дней, проведенных пациентом в дневном стационаре в рамках одного случая лечения, и тарифа стоимости 1 пациенто-дня лечения по соответствующей группе заболеваний, за исключением услуги AD57AA81000 «Генетика, исследования, дневной стационар», оплата по которой осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи - комплексное исследование.

### **5. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной**

***и специализированной психиатрической, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).***

5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 4.

5.2. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи - вызов.

5.3. Повторные вызовы бригад скорой медицинской помощи в течение суток не подлежат оплате, за исключением медицинской помощи, оказанной бригадой реанимационно-консультативного центра новорожденных (РКЦН). Проведение повторной консультации пациента выездной бригадой РКЦН в течение суток возможно при возникновении или утяжелении одного, или нескольких критериев:

1) диагностирование дыхательной недостаточности или эскалация параметров респираторной поддержки, нарастание кислородозависимости;

2) диагностирование сердечно-сосудистой недостаточности или при наличии недостаточности подключение и увеличение доз инотропных и вазопрессорных препаратов;

3) церебральная недостаточность: тяжелая/умеренная гипоксически-ишемическая энцефалопатия (терапевтическая гипотермия, мониторинг амплитудной интегрированной ЭЭГ) при невозможности эвакуации пациента, возникновение судорог;

4) диагностирование гематологических и коагуляционных нарушений или прогрессирующая анемия, тромбоцитопения, лейкопения, кровотечение, ДВС, тромбозы;

5) сложности с обеспечением центрального венозного доступа при наличии абсолютных показаний;

6) необходимость проведения экстренного оперативного вмешательства «на месте»;

7) генерализация течения инфекционного процесса, с отрицательной динамикой клинического состояния пациента, подтвержденного лабораторно;

8) новорожденные с массой тела менее 1000 граммов (22-28 недель гестации) в первые 96 часов жизни из-за невозможности их транспортировки (до возможности эвакуации в медицинскую организацию 3 уровня);

9) новорожденные с выявленными пороками развития после проведенного дополнительного обследования;

10) прогрессирующая полиорганная недостаточность при невозможности эвакуации пациента в учреждение с более высоким уровнем оказания медицинской помощи.

Все случаи повторного вызова бригад скорой медицинской помощи в течение суток в обязательном порядке подлежат дальнейшим контрольно-экспертным мероприятиям.

## **6. Порядок применения способов оплаты паллиативной медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС.**

6.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 5.

6.2. Финансовое обеспечение паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе на дому выездными патронажными бригадами, осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи - посещение.

6.3. Стоимость случая госпитализации при оказании паллиативной медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в том числе на койках сестринского ухода, определяется как произведение фактического количества койко-дней, проведенных пациентом в стационаре в рамках одного случая госпитализации, и тарифа стоимости 1 койко-дня госпитализации.

## **7. Порядок применения способов оплаты санаторно-курортного лечения, оказываемого в рамках сверхбазовой программы ОМС.**

7.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих санаторно-курортное лечение в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 6.

7.2. Стоимость случая санаторно-курортного лечения, в том числе стоимость совместного нахождения, включая предоставление спального места и питания, одного из родителей, предоставляемого в рамках сверхбазовой программы ОМС, определяется как произведение фактического количества койко-дней, проведенных пациентом/ пациентом с законным представителем в стационаре в рамках одного случая госпитализации, и тарифа стоимости 1 койко-дня госпитализации по соответствующей группе заболеваний.

## **8. Порядок осуществления межучрежденческих взаиморасчетов.**

В рамках межучрежденческих взаиморасчетов осуществляется оплата услуг по проведению лабораторно-диагностических исследований, отраженных в Приложении № 8 Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС, оказываемых централизованными клинико-диагностическими лабораториями Министерства здравоохранения Московской области (далее – ЦКДЛ).

ЦКДЛ, оказывающая медицинскую услугу по проведению лабораторно-диагностического исследования, в реестре счетов в поле «MCOD OUT» указывает код медицинской организации, выдавшей направление, номер и дату выдачи направления.

Межучрежденческие взаиморасчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями (в части услуг, оказанных лицам, застрахованным на территории Московской области) и ТФОМС МО (в части услуг, оказанных

лицам, застрахованным в других регионах Российской Федерации) по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложении № 8 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

Межучрежденческие взаиморасчеты осуществляются на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора проведения лабораторно-диагностических исследований, уменьшается на объем средств, перечисленных в ЦКДЛ за фактически выполненные по направлениям медицинской организации-инициатора лабораторно-диагностические исследования.

## **9. Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС.**

9.1. Стоимость законченного случая лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационаров определяется по следующей формуле:

$T_i = T_{ikd}/pd * D$ , где:

$T_i$  кд/пд – тариф койко-дня/пациенто-дня;

$D$  – фактическая длительность лечения;

$T_i$  – тариф за законченный случай лечения по соответствующему профилю;

9.2. Случаи длительной госпитализации более 30 дней могут приниматься к оплате ежемесячно. При этом в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 109/209 «Лечение продолжено» для оплаты в отчетном месяце за случай госпитализации. При окончательной выписке пациента в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 101/201 «Выписан».

Значение поля реестра счетов KOL\_FACT при результате госпитализации 109/209 «Лечение продолжено» рассчитывается как дата окончания лечения минус дата начала лечения плюс один, при результате госпитализации 101/201 «Выписан» значение поля реестров счетов KOL\_FACT рассчитывается как дата окончания лечения минус дата начала лечения.

9.3. В случае необходимости продолжения лечения пациента в условиях дневного стационара, после перевода из круглосуточного стационара в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 103 «Переведен в дневной стационар». Учет медицинской помощи в условиях дневного стационара начинается с 1го дня.

9.4. Для оплаты случая лечения в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При этом в случае, когда пациент, страдающий ВИЧ-инфекцией, госпитализирован в медицинскую организацию по профилю «фтизиатрия», для оплаты медицинской помощи в поле реестра счетов МКВ1 «Основной диагноз»



указывается диагноз по профилю «фтизиатрия», в поле реестра счетов МКВ2 «Сопутствующий диагноз» указывается диагноз ВИЧ.

9.5. Случаи оказания медицинской помощи по профилю «фтизиатрия» амбулаторно, пересекающиеся со сроками пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара, не подлежат отклонению на этапе МЭК по коду дефекта 1.10.5. при условии, что поводом для госпитализации пациента (основной диагноз), не является диагноз по МКБ-10, относящийся к профилю «фтизиатрия».

9.6. При оказании санаторно-курортного лечения, день приезда в санаторий и день отъезда из него учитываются, как 2 койко-дня. Значение поля реестра счетов KOL\_FAST рассчитывается как дата окончания лечения минус дата начала лечения плюс один.

### **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение сверхбазовой программы ОМС, с учетом нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Московской областной программой ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по сверхбазовой программе ОМС включает расходы:

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

на 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);

на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств;

на арендную плату за пользование имуществом;

на оплату программного обеспечения и прочих услуг;

на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

на прочие расходы.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для

обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи.

Порядок отнесения затрат на содержание медицинской организации устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой). Решение о распределении (перераспределении) конкретного объема финансовых затрат между предметными статьями (подстатьями) принимается руководителем медицинской организации.

Расходы, включенные в тариф, осуществляются в пределах объема финансовых средств, утвержденных Планом финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в части средств межбюджетного трансферта, с учетом выполнения плановых объемов, определенных сверхбазовой программой ОМС.

1.1. В целях финансового обеспечения Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, в пределах установленного плана месяца (1/12 годового финансового плана, установленного Комиссией), при формировании Сводной справки, содержащей агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи и сформированной из соответствующего Реестра счетов, осуществляется расчет коэффициента доведения до финансового плана КФП, который применяется к стоимости оказанной медицинской помощи, сформированной по тарифам.

Расчет КФП осуществляется Медицинской организацией с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов с последующей верификацией ТФОМС МО на этапе проведения форматно-логического контроля приемки реестров счетов.

Расчет объема финансирования за оказанную медицинскую помощь в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС осуществляется по единой формуле, применяемой для каждой записи Реестра счетов:

$$\text{ОМП} = \text{ОБ} * \text{Т},$$

где

ОМП – объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (страховые случаи оказания медицинской помощи) в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный Медицинской организацией, в рублях, целое число;

ОБ – объем (количество, целое число) фактически оказанных медицинских услуг: посещений, законченных случаев лечения, вызовов;

Т – тариф согласно Приложению № 7 к Тарифному соглашению (в рублях, с округлением до целого числа);

Расчет коэффициента доведения до финансового плана осуществляется по формуле:

$$\text{КФП} = \text{ФПМ} / \text{ОМП},$$

где

КФП – коэффициент доведения до финансового плана месяца (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ – финансовый план месяца;

$$\text{ФПМ} = 1/3 \times \text{СПКВСЗ},$$

где

СПКВСЗ – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

Значение КФП может иметь значение как больше единицы, так и меньше единицы.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана осуществляется в разрезе видов медицинской помощи: для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях - КФП1, в условиях стационара - КФП2, в условиях дневных стационаров всех типов - КФП3, скорой медицинской помощи - КФП4.

Расчет КФП1, КФП2, КФП3, КФП4 осуществляется медицинской организацией с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов с последующей верификацией ТФОМС МО на этапе проведения форматно-логического контроля приемки реестров счетов.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (КФП1), по всем отчетным периодам за исключением отчетного периода «декабрь», осуществляется по формуле:

$$\text{КФП1} = \text{ФПМ1} / \text{ОМП1},$$

где

КФП1 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для амбулаторно-поликлинической помощи (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ1 – финансовый план месяца амбулаторно-поликлинической помощи;

ОМП1 – объем финансовых средств текущего месяца за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

$$\text{ФПМ1} = 1/3 \times \text{СПКВСЗ1}$$

где

СПКВСЗ1 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии).

В отчетном периоде «декабрь» коэффициент доведения до финансового плана месяца рассчитывается отдельно для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Московской области, и для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана медицинской помощи, оказанной в условиях стационара (КФП2), по всем отчетным периодам за исключением отчетного периода «декабрь», осуществляется по формуле:

$$\text{КФП2} = \text{ФПМ2} / \text{ОМП2},$$

где

КФП2 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ2 – финансовый план месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара;

ОМП2 – объем финансовых средств текущего месяца за оказанную медицинскую помощь в условиях стационара в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

$$\text{ФПМ2} = 1/3 \times \text{СПКВС32}$$

где

СПКВС32 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

В отчетном периоде «декабрь» коэффициент доведения до финансового плана месяца рассчитывается отдельно для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Московской области, и для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана в условиях дневных стационаров всех типов (КФП3), по всем отчетным периодам за исключением отчетного периода «декабрь», осуществляется по формуле:

$$\text{КФП3} = \text{ФПМ3} / \text{ОМП3},$$

где

КФП3 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ3 – финансовый план месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов;

ОМП3 – объем финансовых средств текущего месяца, за оказанную медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов в рамках

реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

$$\text{ФПМ3} = 1/3 \times \text{СПКВС33}$$

где

СПКВС33 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

В отчетном периоде «декабрь» коэффициент доведения до финансового плана месяца рассчитывается отдельно для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Московской области, и для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана по скорой медицинской помощи (КФП4), по всем отчетным периодам за исключением отчетного периода «декабрь», осуществляется по формуле:

$$\text{КФП4} = \text{ФПМ3} / \text{ОМПЗ},$$

где

КФП4 – коэффициент доведения до финансового плана месяца по скорой медицинской помощи (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ4 – финансовый план месяца по скорой медицинской помощи;

ОМП4 – объем финансовых средств текущего месяца, за оказанную скорую медицинскую помощь в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

$$\text{ФПМ4} = 1/3 \times \text{СПКВС34}$$

где

СПКВС34 – плановый квартальный объем стоимости скорой медицинской помощи согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

В отчетном периоде «декабрь» коэффициент доведения до финансового плана месяца рассчитывается отдельно для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Московской области, и для медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Значение КФП1, КФП2, КФП3, КФП4 может иметь значение как больше единицы, так и меньше единицы.

## **2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

2.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 1 272,35 руб.

2.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 538,86 руб.

2.3. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

### **3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.**

3.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 153 711,48 руб.

3.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 333,79 руб.

3.3. Тарифы стоимости единицы объема медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

### **4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.**

4.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 45 487,04 руб.

4.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 32,89 руб.

4.3. Тарифы стоимости единицы объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

### **5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.**

5.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления скорой медицинской помощи в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 23 912,76 руб.

5.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 77,80 руб.

5.3. Тарифы стоимости единицы объема скорой медицинской помощи, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

**6. Тарифы на оплату паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

6.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 2 732,25 руб.

6.2. Средний размер финансового обеспечения паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 40,26 руб.

6.3. Тарифы стоимости единицы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

**7. Тарифы на оплату паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.**

7.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в соответствии со сверхбазовой программой ОМС, составляет 4 847,49 руб.

7.2. Средний размер финансового обеспечения паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 241,86 руб.

7.3. Тарифы стоимости единицы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установлены Приложением № 7 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

**IV. 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**

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и

проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением по сверхбазовой программе ОМС устанавливается Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение № 9).

Размеры подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках сверхбазовой программы ОМС:

538,86	Размер подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии со сверхбазовой программой ОМС
1 333,79	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС
32,89	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС
77,80	Размер подушевого норматива финансирования при оказании скорой медицинской помощи, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС
40,26	Размер подушевого норматива финансирования при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе выездными патронажными бригадами, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС
241,86	Размер подушевого норматива финансирования при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС

## **V. Заключительные положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих сверхбазовую программу ОМС.

2. Настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС вступает в силу с 1 января 2026 года и действует по 31 декабря 2026 года, за исключением пункта 1.1. раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи», который действует до 31 марта 2026 года включительно.



3. Внесение изменений в Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС:

3.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС рассматриваются на заседании Комиссии;

3.2. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС.

4. К настоящему Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 1а. Перечень структурных подразделений ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер», оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 6. Перечень медицинских организаций, оказывающих санаторно-курортное лечение в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 7. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

Приложение № 8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Приложение № 9. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в рамках сверхбазовой программы ОМС.

## ПОДПИСИ СТОРОН

Заместитель Председателя  
Правительства Московской области -  
министр здравоохранения  
Московской области



М.В. Забелин

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Московской области



Л.П. Данилова

Председатель Московской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации



Н.В. Суслوнова

Член Правления Ассоциации  
«Врачебная Палата Московской  
области»



Е.Е. Круглов

Заместитель директора по экономике  
ОМС Московской дирекции АО  
Страховая компания «СОГАЗ-МЕД»



Ю.А. Алексеева