Приложение

О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2026 ГОД И НА ПЛАНОВЫЙ ПЕРИОД 2027 И 2028 ГОДОВ

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 (далее - Программа), разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающие в себя территориальные программы обязательного медицинского страхования (далее соответственно - территориальная программа, территориальная программа ОМС).

Стоимость территориальной программы формируется за счет:

- бюджетных ассигнований бюджета субъекта Российской Федерации и, в случае передачи органами государственной власти субъекта Российской Федерации соответствующих полномочий в сфере охраны здоровья граждан для осуществления органами местного самоуправления, - местных бюджетов (далее - соответствующие бюджеты),

- средств обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС, и утверждается в виде приложения к территориальной программе по форме согласно приложениям к настоящим разъяснениям:

1. «Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов субъекта Российской Федерации» (далее – приложение 1 к информационному письму);

2.1 «Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на 2026 год» (далее – приложение 2.1 к информационному письму);

2.2 «Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования по видам и условиям оказания медицинской помощи субъекта Российской Федерации на 2026 год» (далее – приложение 2.2 к информационному письму).

Бюджетные ассигнования федерального бюджета и бюджета субъекта Российской Федерации, предусмотренные постановлением Правительства от 26 декабря 2017 г. № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» (далее - государственная программа «Развитие здравоохранения») на реализацию государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и входящих в нее федеральных проектов и иных программных мероприятий, а также соответствующих государственных программ/подпрограмм и целевых региональных проектов субъекта Российской Федерации, направленных на развитие здравоохранения, финансирование мероприятий и мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения, а также средства ОМС, предусмотренные в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд) на финансовое обеспечение предоставления застрахованным лицам специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (далее - ВМП), оказываемой медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, в соответствии с едиными требованиями базовой программы ОМС (далее соответственно - федеральная медицинская организация, базовая программа ОМС), в нормативы объема медицинской помощи, финансовые нормативы и стоимость территориальной программы не включаются.

В то же время, в текстовой части территориальной программы отражаются предусмотренные Программой гарантии бесплатной медицинской помощи в части мероприятий, финансовое обеспечение которых отнесено Программой к компетенции федерального бюджета, в том числе за счет субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации государственной программы «Развитие здравоохранения» (далее – субсидии на реализацию госпрограммы), включая мероприятия по:

- предупреждению и борьбе с социально значимыми инфекционными заболеваниями (закупка диагностических средств для выявления и мониторинга лечения пациентов с туберкулезом, лиц, инфицированных вирусами иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и (или) С);

- оказанию гражданам Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, по перечню видов ВМП, установленному в рамках Программы на соответствующий финансовый год и плановый двухлетний период;

- осуществлению единовременных компенсационных выплат медицинским работникам (врачам, фельдшерам, а также акушеркам и медицинским сестрам фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских

здравпунктов), врачебных амбулаторий, центров (отделений) общей врачебной практики (семейной медицины), прибывшим (переехавшим) на работу в сельские населенные пункты, либо города с населением до 50 тыс. человек;

- развитию системы оказания паллиативной медицинской помощи в части дооснащения (переоснащения, оснащения) медицинских организаций, оказывающих специализированную паллиативную медицинскую помощь, медицинскими изделиями и автомобилями для предоставления выездной патронажной паллиативной медицинской помощи взрослым и детям, а также обеспечение пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, лекарственными препаратами для купирования тяжелых симптомов заболевания, в том числе для обезболивания и/или медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемыми пациенту при оказании паллиативной медицинской помощи для использования на дому по перечню, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 июля 2025 г. № 398н;- реализации региональных проектов по обеспечению в амбулаторных условиях лекарственными препаратами находящихся под диспансерным наблюдением лиц, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, аортокоронарное шунтирование, ангиопластику коронарных артерий со стентированием, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью;

- проведению массового обследования новорожденных на врожденные и (или) наследственные заболевания (расширенный неонатальный скрининг): первичного, а при необходимости повторного лабораторного исследования образцов крови новорожденных; подтверждающей биохимической, и (или) молекулярно-генетической, и (или) молекулярно-цитогенетической диагностики, проводимой в медико-генетических консультациях (центрах) медицинских организаций;

- обеспечению системами непрерывного мониторинга глюкозы детей с сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 2 до 17 лет включительно и беременных женщин с сахарным диабетом 1 типа, сахарным диабетом 2 типа, с моногенными формами сахарного диабета и гестационным сахарным диабетом, состоящих в медицинских организациях на диспансерном учете по беременности;

- обеспечению в амбулаторных условиях противовирусными лекарственными препаратами лиц, находящихся под диспансерным наблюдением, с диагнозом «хронический вирусный гепатит С»;

- проведению вакцинации против пневмококковой инфекции граждан старше трудоспособного возраста из групп риска, проживающих в организациях социального обслуживания;

- закупки авиационных работ в целях оказания медицинской помощи (скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи);

- оснащению (переоснащению, дооснащению) медицинскими изделиями: медицинских организаций, имеющих в своей структуре подразделения, оказывающие

медицинскую помощь по медицинской реабилитации;

оказывающих медицинскую помощь с применением радиологических методов (диагностики и (или) терапии); перинатальных центров и родильных домов (отделений); женских консультаций для оказания медицинской помощи женщинам, в том числе проживающим в сельской местности, поселках городского типа и малых городах; детских больниц, детских поликлиник (отделений), в том числе оснащению мобильным медицинским оборудованием для проведения выездных мероприятий, в том числе в целях профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения детского населения; региональных, межрайонных (районных) центров, оказывающих медицинскую помощь больным с нарушениями углеводного обмена и сахарным диабетом; приемных отделений в целях создания современной инфраструктуры с использованием модульных конструкций для оказания экстренной медицинской помощи больным с жизнеугрожающими состояниями; центров здоровья для взрослых на базе отделений (кабинетов) медицинской профилактики в центральных районных и районных больницах, в том числе в удаленных населенных пункта;

- оснащению (переоснащению, дооснащению) медицинскими изделиями медицинских организаций Донецкой Народной Республики, Луганской Народной Республики, Запорожской области, Херсонской области: региональных сосудистых центров и первичных сосудистых отделений медицинских организаций; медицинских организаций, оказывающих помощь больным с онкологическими заболеваниями; созданию единого цифрового контура в здравоохранении, внедрению медицинских информационных систем и государственных информационных систем в сфере здравоохранения указанных субъектов Российской Федерации;

- оснащению медицинскими изделиями, транспортными средствами, передвижными медицинскими комплексами медицинских организаций в целях комплексного восстановления и развития пострадавших территорий Белгородской, Брянской и Курской областей.

При этом расходы федерального бюджета и бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов на указанные мероприятия в стоимость территориальных программ и финансовых нормативов не включаются, не учитываются и не отражаются в строке 02 таблицы приложения 1 к информационному письму

Объемы специализированной, в том числе ВМП, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы ОМС в пределах нормативов, предусмотренных приложением № 2 к Программе, за счет бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда, учитываются субъектом Российской Федерации при формировании территориальной программы ОМС, но не включаются в нормативы объема медицинской помощи, утвержденные территориальной программой ОМС, и ее стоимость.

Также при формировании территориальной программы субъект Российской Федерации учитывает объемы высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, согласно разделу II приложения № 1 к Программе, оказываемой федеральными медицинскими организациями за счет субсидии из бюджета Федерального фонда, которые не включаются в нормативы объема медицинской помощи и стоимость территориальной программы. С учетом потребности населения субъекта Российской Федерации прогнозные объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая может быть предоставлена федеральными медицинскими организациями, в разрезе профилей и условий оказания медицинской помощи, устанавливаются отдельным приложением к территориальной программе.

Стоимость территориальной программы в разрезе источников ее финансирования формируется и утверждается в виде приложения к территориальной программе по форме согласно приложению 1 «Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее - приложение 1) к настоящему информационному письму.

Для расчета потребности в бюджетных ассигнования соответствующих бюджетов на финансовое обеспечение территориальной программы на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, в целях обеспечения выполнения расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников и обеспечения дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемых в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, применяются:

1) Подушевые нормативы финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на одного жителя) устанавливаются на основе средних подушевых нормативов финансирования, предусмотренных Программой (без учета расходов федерального бюджета): в 2026 году - 5 402,1 рубля, 2027 году - 5 746,7 рубля и 2028 году - 6 089,5 рубля; с учетом региональных особенностей и коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи, рассчитанных согласно пункту 2 методики распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее - территориальные фонды ОМС) на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере ОМС, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на

осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее соответственно - Методика, субвенция, постановление Правительства Российской Федерации № 462).

Обязательность применения коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Методикой, для определения нормативного объема расходов бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальных программ (пункт 8.1. приложения № 2 к Правилам определения расчетного объема расходных обязательств субъекта Российской Федерации и муниципальных образований, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2004 г. № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации») была установлена постановлением Правительства Российской Федерации от 24 декабря 2021 г. № 2435. В то же время постановлением Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2023 г. № 1618 были внесены изменения и дополнения в постановление Правительства Российской Федерации № 462, в том числе скорректирована формула для расчета размера субвенции, предоставляемой из бюджета Федерального фонда бюджету конкретного территориального фонда ОМС (пункт 2 Методики), за счет выделения из коэффициента дифференциации для конкретного субъекта Российской Федерации или г. Байконура коэффициента доступности медицинской помощи для соответствующего субъекта Российской Федерации или г. Байконура.

Таким образом, подушевые нормативы финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов формируются как производное вышеуказанных средних подушевых нормативов финансирования, предусмотренных Программой, коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи, представленных в приложении 3 «Коэффициент дифференциации и коэффициент доступности медицинской помощи на 2026 год, рассчитанные в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462» (далее - приложение 3) к настоящему информационному письму. Кроме того, при расчете территориальных программ Москвы и Санкт-Петербурга, к подушевым нормативам финансирования за счет бюджетных ассигнований бюджетов указанных субъектов Российской Федерации применяются также понижающие коэффициенты корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС (0,975 и 0,980 соответственно).

Коэффициенты дифференциации и коэффициенты доступности медицинской помощи, представленные в приложении 3, используются также при расчете финансовых нормативов территориальных программ на плановый период 2027 и 2028 годов.

2) Прогнозная численность населения субъекта Российской Федерации (человек) по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, подтвержденная в установленном порядке

руководителем указанного Территориального органа Росстата (далее - прогнозная численность населения) по прогнозу Росстата на 1 января 2026 года.

При этом утвержденная стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (сумма строк 2 и 8 приложения 1 должна соответствовать расчетной потребности на ее реализацию в части обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, не включенной в территориальную программу ОМС, а также выполнения установленных Программой дополнительных социальных гарантий и льгот.

Таблица приложения 1 дополнена графами 5 и 6, в которых указывается размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, утвержденных законом о бюджете субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы (строка 1), включая межбюджетные трансферты из консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, передаваемые в бюджет территориального фонда ОМС (далее - межбюджетные трансферты) на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС (строка 6) и межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС (строка 8).

В случае, когда размер бюджетных ассигнований, предусмотренный законом о бюджете субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы (сумма значений строк 2 и 8 в графе 5 приложения 1 к настоящему информационному письму), не покрывает расходов на ее реализацию, рассчитанных как произведение средних подушевых нормативов финансирования Программы, скорректированных с учетом региональных особенностей (в том числе коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи), и прогнозной численности населения, органом государственной власти субъекта Российской Федерации (руководителем исполнительного органа субъекта Российской Федерации в финансовой сфере) утверждается график ликвидации дефицита финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, предусматривающий погашение указанной задолженности не позднее 1 декабря текущего года.

Выписка из закона о бюджете субъекта Российской Федерации, заверенная руководителем исполнительного органа субъекта Российской Федерации в финансовой сфере, и график ликвидации дефицита финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в случае необеспечения в полном объеме стоимости утвержденной территориальной программы бюджетными ассигнованиями консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации, принятого по состоянию на начало текущего финансового года) в установленном порядке представляются в Минздрав России вместе с утвержденной территориальной программой.

Стоимость территориальной программы по видам и условиям оказания медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части нормируемой медицинской помощи) и средств ОМС рассчитывается как сумма произведений территориальных нормативов объема и нормативов финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи по каждому виду (отдельным целевым подгруппам внутри вида медицинской помощи) с учетом условий оказания.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС, формируются на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных приложением № 2 к Программе, с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации и утверждаются в виде приложения (в табличной форме) к территориальной программе по форме согласно приложениям 2.1 «Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на 2026 год» и 2.2 «Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования по видам и условиям оказания медицинской помощи субъекта Российской Федерации на 2026 год» (далее - приложения 2.1 и 2.2) к настоящему информационному письму. Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания также могут быть указаны в текстовой части территориальной программы.

Расходы на финансовое обеспечение авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, учитываются в территориальных нормативах финансового обеспечения единицы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, за исключением средств субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации региональных проектов, обеспечивающих достижение целей, результатов и показателей федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», входящего в состав национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», посредством закупки авиационных работ в целях оказания медицинской помощи (скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи).

Расходы на финансовое обеспечение медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в специализированных медицинских организациях и

соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС (туберкулезе, в том числе ассоциированном с ВИЧ-инфекцией, СПИДом, психических расстройствах и расстройствах поведения, включая связанные с употреблением психоактивных веществ) формируются на основании территориальных нормативов объема и финансового обеспечения единицы объема указанной медицинской помощи предоставляемой в амбулаторных условиях, условиях дневных и круглосуточных стационаров за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов. В территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи в условиях дневных и круглосуточных стационаров, предоставляемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включаются также расходы на долечивание после стационарного лечения и медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при вышеуказанных заболеваниях, осуществляемые в санаторно-курортных организациях, подведомственных исполнительному органу субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или санаторно-курортных организациях (соответствующих структурных подразделениях федеральных медицинских организаций), подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации, участвующих в реализации территориальной программы и получивших в установленном порядке государственное задание на диагностику, лечение и медицинскую реабилитацию при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС.

Территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема паллиативной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, (посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами, в том числе для детского населения), оказываемой населению, включая участников специальной военной операции, в амбулаторных условиях за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, исключены из территориальных нормативов объема и стоимости посещения с иными целями по первичной медико-санитарной помощи .

Паллиативная медицинская помощь, предоставляемая в условиях дневных стационаров, не нормируется, но учитывается в территориальных нормативах объема и финансового обеспечения единицы объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, в случаях, если Территориальными программами не установлены самостоятельные нормативы для такой помощи в разделе «Паллиативная медицинская помощь».

Объемы медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, и медицинской помощи по видам и условиям оказания, входящей в базовую программу ОМС, предоставляемой лицам, не застрахованным по ОМС и не идентифицируемым в системе ОМС (далее - незастрахованные лица), и расходы на ее оказание, включаются в территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований

соответствующих бюджетов. При этом в соответствии с нормами Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ) указанная медицинская помощь не может быть предоставлена незастрахованным лицам по территориальной программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС как в части дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, так и в части дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС.

Расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, включая: оплату работ, услуг, в том числе коммунальных; приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований; увеличение стоимости материальных запасов, (лекарственных препаратов, в том числе иммуно-биологических препаратов, тест-систем, используемых для диагностики и контроля за эффективностью лечения заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, перевязочных средств, продуктов питания питание, горюче-смазочных материалов и т.д.); применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи; включаются в территориальные нормативы финансового обеспечения нормируемой медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, предоставляемую в том числе при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС.

Стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает в себя также расходы на:

- ненормируемую медицинскую помощь и прочие виды медицинских и иных услуг, в том числе:

1) медицинские и иные государственные и муниципальные услуги (работы), оказываемые (выполняемые) в медицинских организациях, подведомственных исполнительному органу субъекта Российской Федерации и органам местного самоуправления соответственно, включая центры профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурные диспансеры, центры охраны здоровья семьи и репродукции, центры охраны репродуктивного здоровья подростков, медико-генетических центры (консультации) и соответствующие структурные подразделения медицинских организаций, центры медицинской профилактики, центры профессиональной патологии и соответствующие структурные подразделения медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомические бюро и патолого-анатомические отделения медицинских организаций, медицинских информационно-аналитических центры, бюро медицинской статистики, станции переливания крови (центры крови) и отделения переливания крови (отделениях трансфузиологии) медицинских организаций, дома

ребенка, включая специализированные, молочные кухни, а также прочие медицинские организации, входящие в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации, (далее - подведомственные медицинские организации), за исключением медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС;

При этом расходы на содержание и обеспечение деятельности указанных медицинских организаций, включая: оплату работ, услуг, в том числе коммунальных; приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря), медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований; увеличение стоимости материальных запасов, (лекарственных препаратов, в том числе иммуно-биологических препаратов, тест-систем, используемых для диагностики и контроля за эффективностью лечения заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, перевязочных средств, продуктов питания питание, горюче-смазочных материалов и т.д.); применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи, прочие расходы указанных подведомственных медицинских организаций учитываются при формировании государственного задания на оказание (выполнение) медицинских и иных государственных и муниципальных услуг (работ) и включаются в территориальные подушевые нормативы финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов;

2) медицинскую деятельность, связанную с донорством органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки), в том числе обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, в подведомственных медицинских организациях, предусмотренное Порядком проведения медицинского обследования донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 июля 2022 г. № 519н;

3) оказываемую в подведомственных медицинских организациях высокотехнологичную медицинскую помощь по перечню видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, согласно разделу II приложения № 1 к Программе (за исключением видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации в целях софинансирования расходных обязательств субъектов Российской Федерации, возникающих при реализации государственной программы «Развитие здравоохранения»), а также дополнительные объемы ВМП по видам, включенным в базовую программу ОМС согласно разделу I приложения № 1 к Программе, в случаях, когда указанная ВМП предоставляется в рамках соглашения между исполнительным органом субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья и медицинской организацией о предоставлении субсидии из консолидированного бюджета субъекта Российской

Федерации на финансовое обеспечение выполнения государственного задания на оказание государственных услуг (выполнение работ) в части предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню видов ВМП, включенных в базовую программу ОМС, сверх объемов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется по территориальной программе ОМС за счет средств ОМС, включая средства межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС;

4) содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС (за исключением бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, направляемые на указанные цели, включая расходы на увеличение размера оплаты труда медицинских работников, в виде межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС), в том числе:

финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе на приобретение лекарственных препаратов, используемых для диагностики заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС (иммунобиологических препаратов, тест-систем и т.п.), а также иммунобиологических препаратов для проведения иммунопрофилактики инфекционных заболеваний, в том числе входящих в базовую программу ОМС;

применение телемедицинских (дистанционных) технологий при оказании медицинской помощи;

приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря, медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований), за исключением расходов подведомственных медицинских организаций, осуществляемых за счет средств ОМС, предусмотренных на эти цели в структуре тарифов ОМС;

финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, превышающих объемы, установленные в территориальной программе ОМС, в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС;

- дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, в том числе:

обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50-процентной скидкой со стоимости) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями предусмотренное постановлением Правительства Российской Федерации № 890, продуктами лечебного (энтерального) питания;

бесплатное (со скидкой) зубное протезирование;

осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальных программ субъектами Российской Федерации рекомендуется установить распределение медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, по уровням, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 апреля 2018 г. № 182 «Об утверждении методических рекомендаций о применении нормативов и норм ресурсной обеспеченности населения в сфере здравоохранения».

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 октября 2020 г. № 1130н (зарегистрировано в Минюсте России 12 ноября 2020 г. № 60869) (далее - приказ Минздрава России № 1130н) распределение медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется по группам.

Разъяснения по оплате медицинской помощи за счет средств ОМС, в том числе применение коэффициента уровня медицинской организации, представлены в «Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на 2026 год» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 20 февраля 2026 г. № 31-2/И/2-2902 – 00-10-26-2-06/3109 (далее - Методические рекомендации).

Приложением к территориальной программе устанавливается полный пронумерованный перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС в соответствии с реестром медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, с указанием медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную и для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также диспансерное наблюдение и медицинскую реабилитацию в разрезе условий согласно приложению 5 «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию в 2026 году» к настоящим разъяснениям.

Федеральная медицинская организация включается в указанный перечень медицинских организаций в случае распределения ей объема предоставления медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет средств ОМС в рамках территориальной программы ОМС.

При формировании и экономическом обосновании территориальной программы и территориальной программы ОМС следует учитывать и включать в нее объемы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и первичной медико-санитарной и первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемые федеральными медицинскими организациями, в том числе подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству, населению закрытых административно-территориальных образований, территорий с опасными для здоровья человека физическими, химическими и биологическими факторами, включенных в соответствующий перечень, а также работникам организаций, включенных в перечень организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда, утвержденные распоряжением Правительства Российской Федерации от 21 августа 2006 г. № 1156-р (далее соответственно - ФМБА России, территории, подлежащие обслуживанию ФМБА России, работники организаций с особо опасными условиями труда).

Федеральные медицинские организации также вправе осуществлять медицинскую эвакуацию в рамках оказания скорой медицинской помощи:

- при наличии в их структуре станции (отделения) скорой медицинской помощи с выездными бригадами скорой медицинской помощи, санитарного автотранспорта, оснащенного медицинским оборудованием в соответствии со стандартом, установленным приложением № 5 к Порядку оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н, в случае распределения им объемов предоставления скорой медицинской помощи, включая медицинскую эвакуацию, в рамках территориальной программы ОМС;

- в рамках выполнения государственного задания на организацию и оказание медицинской помощи (лечебно-эвакуационное обеспечение) пострадавшим при чрезвычайной ситуации, в том числе при массовых случаях инфекционных заболеваний, предусмотренных Порядком организации и оказания Всероссийской службой медицины катастроф медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 ноября 2020 г. № 1202н, а также в рамках выполнения государственного задания за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусматривающего лечебно-эвакуационное обеспечение пациентов, установленного иным федеральным медицинским организациям и являющегося одним из основных направлений их уставной деятельности.

Предоставление дополнительных видов и объемов медицинской помощи, предусмотренных законодательством Российской Федерации, населению территорий, подлежащих обслуживанию федеральными медицинскими организациями ФМБА России, и работников организаций с особо опасными условиями труда), в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и не включается в объемы медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, утвержденные территориальной программой ОМС.

В случаях, когда потребность вышеуказанных категорий населения в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационара, не обеспечивается в полной мере за счет объемов такой медицинской помощи, распределенных Минздравом России совместно с Федеральным фондом в рамках базовой программы федеральной медицинской организации, расположенной в ЗАТО, необходимые объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, соответствующие объемы финансового обеспечения также следует учитывать при формировании и экономическом обосновании территориальной программы и предоставлять в рамках территориальной программы ОМС.

Объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного и круглосуточного стационаров в экстренной форме федеральными медицинскими организациями, соответствующие объемы финансового обеспечения учитываются при формировании и экономическом обосновании территориальной программы ОМС, за исключением случаев, предусмотренных пунктом 7 Правил распределения и перераспределения объемов предоставления специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, между медицинскими организациями, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1944, а также случаев оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам во время получения специализированной медицинской помощи в плановой форме в федеральной медицинской организации, оплата которой осуществляется Федеральным фондом по тарифам, устанавливаемым в соответствии с разделами I и III приложения № 1 и приложениями № 3 и № 4 к Программе. В случае включения федеральной медицинской организации в маршрутизацию застрахованных лиц при наступлении страхового случая по заболеванию, включенному в территориальную программу обязательного медицинского страхования, экстренная медицинская помощь застрахованным лицам оплачивается в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, за исключением категории тяжелых пациентов, в том числе пострадавших в результате чрезвычайной ситуации (раздел IV «Базовая программа обязательного медицинского страхования» Программы).

Вместе с тем в целях недопущения ограничения доступности для населения специализированной, преимущественно высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара иными федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы за счет обособленных средств бюджета Федерального фонда, в территориальной программе необходимо отразить информацию о прогнозном объеме на 2026 год такой медицинской помощи в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи, которая может быть оказана федеральными медицинскими организациями. Объем указанной медицинской помощи принимается во внимание субъектом Российской

Федерации при формировании территориальной программы ОМС в соответствии с установленными Программой средними нормативами, однако указанные нормативы не включаются в территориальную программу и не учитываются при определении объема ее финансового обеспечения.

На основе распределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания в разрезе источников финансового обеспечения территориальной программы субъектом Российской Федерации устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя и нормативы объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо и дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи с учетом этапов оказания медицинской помощи и уровней/групп медицинских организаций, которые могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов Программы.

Финансовое обеспечение проведения осмотров врачами и диагностических исследований в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу, застрахованным лицам осуществляется за счет средств ОМС, в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу, - за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

Проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи по поводу заболеваний и состояний, включенных в перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы, при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса, либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, не входящим в базовую программу) и средств ОМС (в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую программу).

При проведении обязательных диагностических исследований учитываются результаты таких исследований, проведенных застрахованным лицам, в том числе в рамках диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

За счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской

помощи в случае выявления заболевания, включенного в базовую программу, в рамках проведения обязательных диагностических исследований при постановке граждан на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении с Министерством обороны Российской Федерации договора об обучении в военном учебном центре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки или в военной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки сержантов, старшин запаса, либо программе военной подготовки солдат, матросов запаса, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу.

Финансовое обеспечение медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной службе осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации и не включено в средние нормативы, установленные Программой.

В рамках базовой программы осуществляется финансовое обеспечение медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе профилактических медицинских осмотров, в связи с занятиями физической культурой и спортом. При этом проведение медицинского наблюдения и контроля за состоянием здоровья лиц, занимающихся спортом и выступающих на соревнованиях в составе сборных команд, оценка уровня их физического развития, выявление состояний и заболеваний, являющихся противопоказаниями к занятиям спортом, не подлежат оплате за счет средств ОМС.

Территориальная программа должна быть сбалансирована по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи:

сокращение объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях должно сопровождаться увеличением объема медицинской помощи в условиях дневного стационара;

сокращение объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации должно сопровождаться увеличением объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме.

Территориальная программа ОМС должна содержать перечень нормативных правовых актов, в соответствии с которыми осуществляется маршрутизация застрахованных лиц при наступлении страхового случая, в разрезе условий, уровней и профилей оказания медицинской помощи, в том числе застрахованных лиц, проживающих в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности.

При оказании медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС, не допускается замещение гражданам гарантированных законодательством Российской Федерации бесплатных

медицинских услуг платными.

В целях усиления правовой грамотности населения медицинским организациям рекомендуется в доступной форме публиковать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию:

о перечне заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС;

о перечне медицинских услуг, в том числе в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, отдельных диагностических исследований, оказание которых осуществляется бесплатно в рамках территориальной программы, в том числе территориальной программы ОМС;

о сроках ожидания медицинской помощи;

об адресах и телефонах страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС.

Методические подходы к формированию территориальной программы, в том числе к установлению исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации дифференцированных нормативов объема и финансового обеспечения единицы объема медицинской помощи с учетом региональных особенностей

Основой формирования территориальной программы является реальная потребность населения в медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе.

Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ) определены виды, условия и формы оказания медицинской помощи. Средние нормативы объема медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи установлены Программой преимущественно по условиям оказания медицинской помощи (в амбулаторных условиях, условиях дневного и круглосуточного стационара), а также по ее видам (для скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, первичной медико-санитарной помощи, специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, паллиативной медицинской помощи) и формам (для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме в амбулаторных условиях).

На первом этапе при формировании территориальной программы рассчитываются и устанавливаются дифференцированные территориальные нормативы объема медицинской помощи с учетом региональных особенностей.

В целях определения потребности населения в объемах медицинской помощи по видам и условиям ее оказания необходимо провести анализ показателей здоровья населения, включая медико-демографические показатели и показатели уровня и структуры заболеваемости населения, основанных на данных медицинской статистики, а также фактического выполнения объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в динамике не менее чем за 3 предыдущих года, по данным формы федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению», формы федерального статистического наблюдения № 14-МЕД (ОМС) «Сведения о работе медицинских организаций в сфере ОМС» и иных форм статистического наблюдения (далее - формы федерального статистического наблюдения).

В случае, когда половозрастная структура населения (застрахованных лиц), уровень и структура заболеваемости в субъекте Российской Федерации аналогичны среднероссийским показателям, при формировании территориальной программы могут быть использованы нормативы Программы.

Обоснование территориальных дифференцированных нормативов объема медицинской помощи на одного жителя/одно застрахованное лицо осуществляется с учетом региональных особенностей, при этом Программой субъектам Российской Федерации дано право на основе перераспределения объемов медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания устанавливать дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на одного жителя/одно застрахованное лицо с учетом этапов оказания медицинской помощи, уровня и структуры заболеваемости (приложение 9 «Рекомендуемые поправочные коэффициенты стоимости обращения с учетом кратности посещений по поводу заболеваний по основным специальностям», приложение 12 «Рекомендуемые объемы специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи», приложение 16 «Количество посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2026 год»), особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, их материально-технической базы, мощности и кадрового потенциала в разрезе профилей врачебных специальностей, в значительной степени определяющих маршрутизацию пациентов, а также климатических и географических особенностей регионов, учитывая приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

В целях обеспечения доступности медицинской помощи гражданам, проживающим в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, а также в сельской местности, в составе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи территориальными программами могут устанавливаться объемы медицинской помощи с учетом использования санитарной авиации, телемедицинских технологий и передвижных форм оказания медицинской

помощи.

Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания устанавливаются территориальной программой раздельно по источникам финансового обеспечения: за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и за счет средств ОМС (в рамках территориальной программы ОМС).

Для обоснования нормативов объема предоставления медицинской помощи на одно застрахованное лицо по видам и условиям ее оказания в рамках территориальной программы ОМС определяется потребность застрахованных лиц в объемах медицинской помощи, предоставляемых как в субъекте Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (далее - территория страхования), так и за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС (далее - вне территории страхования), без учета предусмотренных в соответствии с нормативами базовой программы объемов специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам федеральными медицинскими организациями в условиях дневных и круглосуточных стационаров. С этой целью:

осуществляется прогноз объема предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, оказываемой в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории страхования, исходя из оценки их мощности, в разрезе профилей (специальностей) медицинской помощи по видам и условиям ее оказания;

определяется потребность застрахованных лиц в объемах предоставления медицинской помощи по территориальной программе ОМС, оказываемой медицинскими организациями, не включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории страхования, в разрезе профилей (специальностей) медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, в том числе первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, предоставляемой федеральными медицинскими организациями (первичные/повторные осмотры врачей-специалистов с целью очной консультации пациента, проведение ему необходимых инструментальных и лабораторных исследований для определения целесообразности/возможности госпитализации);

учитывается объем специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневных стационаров, который может быть оказан застрахованным в субъекте Российской Федерации лицам федеральными медицинскими организациями исходя из соответствующих нормативов базовой программы в приложении № 2 к Программе; прогнозные показатели предоставления указанной медицинской помощи в разрезе условий ее оказания и профилей медицинской помощи отражаются в текстовой части территориальной программы ОМС как в абсолютных значениях, так и в показателях на одно застрахованное лицо, но не включаются в нормативы, утверждаемые территориальной программой ОМС;

оценивается потребность застрахованных лиц в получении бесплатной

специализированной, преимущественно высокотехнологичной, медицинской помощи в федеральных медицинских организациях в объеме, превышающем нормативы базовой программы.

Субъект Российской Федерации вправе корректировать указанный объем с учетом реальной потребности граждан в медицинской помощи, и, соответственно, территориальные нормативы объема специализированной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов, установленных Программой.

При обосновании нормативов объема медицинской помощи на одно застрахованное лицо по видам и условиям оказания медицинской помощи по территориальной программе ОМС учитываются региональные особенности маршрутизации пациентов в период ограничительных мер, введенных в условиях чрезвычайной ситуации и (или) при возникновении угрозы распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, и сроки ожидания оказания медицинской помощи, установленные территориальной программой.

Высший исполнительный орган государственной власти субъекта Российской Федерации при направлении территориальных программ, в том числе территориальных программ ОМС, для проведения мониторинга формирования, экономического обоснования территориальных программ, осуществляемого в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 июня 2015 г. № 370н, представляет пояснительную записку и обоснование отклонений территориальных нормативов объемов медицинской помощи на одного жителя и на одно застрахованное лицо и нормативов финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи от нормативов, установленных приложением № 2 к Программе, с отражением расчетов потребности жителей/застрахованных лиц в медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в разрезе профилей медицинской помощи.

В части медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, на основе реальной потребности населения и с учетом более низкого (по сравнению со среднероссийским) уровня заболеваемости и смертности населения от заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, установленные в территориальных программах, могут быть обоснованно ниже средних нормативов, предусмотренных Программой.

С учетом динамики показателей заболеваемости и смертности населения от заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, в разрезе субъектов Российской Федерации за прошедшие 5 лет при расчетах дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, могут применяться понижающие коэффициенты к средним нормативам объема медицинской помощи, установленным Программой, для:

Белгородской области, Владимирской области, Калужской области,

Костромской области, Московской области, Орловской области, Рязанской области, Тамбовской области, Архангельской области, Вологодской области, Ленинградской области, Мурманской области, г. Санкт-Петербурга, Республики Адыгея, Краснодарского края, Астраханской области, г. Севастополя, Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесской Республики, Чеченской Республики, Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Чувашской Республики, Кировской области, Нижегородской области, Пензенской области, Самарской области, Саратовской области, Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, Республики Бурятия - в размере 0,7;

Брянской области, Ивановской области, Курской области, Ярославской области, Республики Карелия, Псковской области, Республики Калмыкия, Удмуртской Республики, Ульяновской области, Тюменской области, Томской области - в размере 0,8;

Липецкой области, Тверской области, Тульской области, г. Москвы, Республики Коми, Республики Северная Осетия - Алания, Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Оренбургской области, Республики Алтай - в размере 0,9.

В случае применения рекомендованных в приложении 4 к настоящим разъяснениям понижающих коэффициентов при расчете территориальных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, за счет перераспределения указанных средств в пределах размера подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (далее - подушевой норматив финансирования за счет бюджетных средств) могут быть увеличены как соответствующие нормативы финансовых затрат на единицу объема нормированной медицинской помощи, так и доля затрат на ненормируемую медицинскую помощь (медицинские работы/услуги), в том числе расходы на виды ВМП, не включенные в базовую программу ОМС, расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, а также расходы на предоставление дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации (на бесплатное/льготное лекарственное обеспечение и зубное протезирование отдельных категорий граждан, санитарно-авиационную эвакуацию, медицинскую помощь незастрахованным лицам и пр.). При этом уменьшение подушевого норматива финансирования территориальной программы за счет бюджетных средств ниже размера среднего подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленного Программой, скорректированного с учетом региональных особенностей - недопустимо.

Рекомендуемые для установления в территориальных программах на 2026 год дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований

соответствующих бюджетов, рассчитанные с учетом вышеуказанных коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи представлены в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

В части медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы ОМС, субъекту Российской Федерации рекомендуется устанавливать дифференцированные нормативы объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи с учетом вышеуказанных факторов (на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней в субъекте Российской Федерации, с учетом объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации) в рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

Дифференцированные нормативы объема медицинской помощи устанавливаются для каждого уровня медицинской организации в расчете на одного жителя/одно застрахованное лицо субъекта Российской Федерации на основе распределения объема медицинской помощи для медицинских организаций первого, второго и третьего уровней в субъекте Российской Федерации, а также с учетом объема медицинской помощи, оказываемой за пределами субъекта Российской Федерации.

При установлении дифференцированных нормативов объема медицинской помощи субъектом Российской Федерации предусматривается осуществление структурных преобразований системы оказания медицинской помощи (развитие медицинской помощи в неотложной форме, медицинской реабилитации, стационарозамещающих технологий, паллиативной медицинской помощи и т.д.) с учетом параметров, предусмотренных, в том числе Программой, национальным проектом «Продолжительная и активная жизнь» и государственной программой «Развитие здравоохранения».

В соответствии с Программой нормативы объема предоставления медицинской помощи, за исключением специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, включают нормативы объема предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования.

При этом объемы предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования и объемы ее финансового обеспечения не могут быть ниже соответствующих показателей предыдущего года (за исключением случаев структурных преобразований системы здравоохранения субъекта Российской Федерации, позволяющих в текущем году оказывать такую медицинскую помощь на территории страхования) и должны соответствовать объему расходов, включенных в закон о бюджете территориального фонда - ОМС.

Планирование объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС осуществляется на своих застрахованных лиц. При этом в случае

прикрепления застрахованным лицом к медицинской организации за пределами территории страхования территориальный фонд по месту страхования принимает меры по исключению его из подушевого норматива финансирования и включению в объемы медицинской помощи, оплата которых осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда.

При планировании объемов медицинской помощи для своих застрахованных лиц субъектом Российской Федерации учитываются уровни медицинской помощи, оценивается доступность медицинской помощи на территории страхования в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. В случае недостаточной доступности соответствующей медицинской помощи на территории страхования субъект планирует указанные объемы за ее пределами в рамках межтерриториальных расчетов.

При формировании объемов медицинской помощи в рамках территориальной программы следует учитывать потребность населения с учетом анализа объемов оказания медицинской помощи, включая объемы по платным услугам.

При планировании регионом маршрутизации пациентов за пределами ее страхования утверждается региональный нормативный правовой акт с указанием наименования медицинских организаций и субъектов Российской Федерации, куда осуществляется направление застрахованных лиц.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования осуществляют между информационное взаимодействие в рамках межтерриториальных расчетах, в том числе в подсистеме государственной информационной системы обязательного медицинского страхования «Информационная система межтерриториальных расчетов в системе обязательного медицинского страхования», с целью выставления и оплаты счетов и реестров счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

Территориальные фонды представляют информацию о размере финансового обеспечения медицинской помощи, планируемой к оказанию застрахованным лицам вне территории страхования, в соответствии с приложением 13 «Планирование объемов оказания медицинской помощи и их финансирования в рамках территориальных программ ОМС на территории страхования и за ее пределами на 2026 год» к настоящему письму.

При наличии отклонений в планируемых показателях объема предоставления медицинской помощи и/или объемах финансового обеспечения предоставления медицинской помощи застрахованным лицам вне территории страхования в пояснительной записке к территориальной программе указывается причина отклонений и меры, принимаемые регионом для исключения указанных отклонений.

На втором этапе устанавливаются нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, при этом учитываются параметры заработной платы работников, занятых в сфере здравоохранения, а также увеличение затрат на другие

статьи расходов.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов устанавливаются с учетом региональных особенностей и обеспечивают выполнение расходных обязательств субъектов Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

Применение поправочных повышающих коэффициентов, отражающих региональные особенности формирования долей расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи (коэффициентов дифференциации и доступности медицинской помощи), отражается в территориальной программе и пояснительной записке к ней. Расчет финансовых нормативов территориальной программы без учета применения указанных коэффициентов к расходам консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации в случаях, когда при формировании и экономическом обосновании стоимости территориальной программы ОМС за счет средств субвенции (в рамках базовой программы ОМС) применяются поправочные повышающие коэффициенты, рассчитанные в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462, суммарное значение которых превышает 1,000.

При установлении в территориальной программе дифференцированных нормативов объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, осуществляется перераспределение указанных бюджетных ассигнований по видам и условиям оказания медицинской помощи, а также на оказание ненормируемой медицинской помощи, видов ВМП, не включенных в базовую программу ОМС, на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, предоставление дополнительных мер социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации (бесплатное/льготное лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении, зубное протезирование отдельных категорий граждан), в пределах размера подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств.

Объемы медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, и медицинской помощи по видам и условиям оказания, входящей в базовую программу ОМС, предоставляемой незастрахованным лицам, и расходы на ее оказание включаются в территориальные нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При этом, исходя из перечня и объема медицинских и иных услуг, предоставляемых незастрахованным лицам в рамках единицы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, установленные нормативы стоимости единицы объема указанной медицинской помощи могут быть обоснованно ниже соответствующих территориальных нормативов финансового обеспечения единицы

объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов вследствие перераспределения финансовых средств внутри каждого финансового норматива в целях обеспечения сбалансированности расходов на нормируемую медицинскую помощь.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи за счет средств ОМС в рамках базовой программы устанавливаются с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации № 462. Кроме того, с 2024 года постановлением Правительства Российской Федерации от 30 сентября 2023 г. № 1618 «О внесении изменений в методику распределения субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» в расчет субвенции введен новый коэффициент доступности медицинской помощи, который обеспечит дополнительное увеличение субвенции для регионов с низкой плотностью населения, наличием труднодоступных и отдаленных местностей.

Указанный коэффициент доступности рекомендуется применять приоритетно к нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в целях оказания медицинской помощи:

с использованием передвижных форм оказания медицинской помощи (мобильных бригад);

в фельдшерско-акушерских пунктах (фельдшерских пунктах, фельдшерских здравпунктах);

застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

Следует учитывать, что в целях обеспечения соответствия территориальных нормативов объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, средним нормативам, установленным приложением № 2 к Программе для медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, нормируемые объемы медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС, и расходы на ее оказание за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС (далее - медицинская помощь, предоставляемая сверх базовой программы ОМС), учитываются в территориальных нормативах объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансируемой за счет бюджетных ассигнований консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, и отражаются в соответствующих строках граф 4, 6, 7, 9 приложения 2.1 к настоящему письму.

Кроме того, объемы медицинской помощи, предоставляемые сверх базовой

программы ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов на эти цели, включаются в территориальные нормативы объема и стоимости единицы объема медицинской помощи, финансируемой за счет средств ОМС, и отражаются в соответствующих строках граф D и E приложения 2.2 к настоящему письму, но не учитываются при оценке соответствия территориальной программы ОМС базовой программе ОМС.

На третьем этапе рассчитываются подушевые показатели расходов по каждому виду медицинской помощи как произведение норматива объема медицинской помощи по каждому виду (с учетом условий оказания) медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи в разрезе источников финансового обеспечения. Затем путем суммирования подушевых расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи рассчитываются подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включающий в себя также подушевые расходы на ненормируемую медицинскую помощь и на дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, и подушевой норматив финансирования территориальной программы ОМС за счет средств ОМС, включая средства межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, и межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемых сверх базовой программой ОМС.

Таким образом, подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает в себя расходы на:

- оказание нормируемой медицинской помощи при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также медицинской помощи незастрахованным лицам;

- оказание в подведомственных медицинских организациях, ненормируемой медицинской помощи и прочих видов медицинских и иных услуг, в том числе:

видов ВМП -, не включенных в базовую программу ОМС;

обследование донора, давшего письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации и иных мероприятий, связанных с осуществлением донорства органов и тканей человека в целях трансплантации (пересадки);

пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний (в части исследований и консультаций в медико-генетических центрах/консультациях), медико-генетических исследований;

содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по территориальным программам ОМС, в том числе финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру

тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС, а также приобретение, обслуживание, ремонт основных средств (медицинского и иного оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря, в том числе стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу, медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований, стоимостью до 1 млн рублей);

- предоставление отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации дополнительных мер социальной защиты (поддержки), включая:

обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50-процентной скидкой со свободных цен) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного (энтерального) питания (в том числе для лечения заболеваний, включенных в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или к их инвалидности, граждан зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации;

бесплатное (со скидкой) зубное протезирование;

осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно.

В случае предоставление отдельным категориям граждан в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации дополнительных мер социальной защиты (поддержки) органами и организациями социальной защиты субъекта Российской Федерации, иными уполномоченными органами и организациями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, не предусмотренных в бюджете исполнительного органа субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, перечень дополнительных мер социальной защиты (поддержки) включается в текстовую часть территориальной программы с указанием способа их предоставления (в виде социальной услуги, денежной компенсации и т.д.) и ответственного органа/организаций, но не отражается в приложении 2.1 к настоящим разъяснениям.

Подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов устанавливается с учетом региональных особенностей (коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи, представленных в приложении 4 к настоящему информационному письму), что обеспечивает выполнение расходных обязательств субъекта Российской Федерации, в том числе в части заработной платы медицинских работников.

При этом расходы на финансовое обеспечение компенсационных выплат (доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, включая работу с вредными и (или) опасными условиями труда, работу в особых климатических условиях и на территориях, подвергшихся радиоактивному загрязнению, и иные выплаты компенсационного

характера), установленных «Трудовым кодексом Российской Федерации» от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (далее - Трудовой кодекс Российской Федерации), иными законодательными и нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, в том числе нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации, медицинским работникам подведомственных медицинских организаций, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включаются в финансовые нормативы территориальной программы для нормируемой и ненормируемой медицинской помощи и соответствующий подушевой норматив ее финансирования.

Следует учитывать, что в целях обеспечения соответствия подушевых нормативов финансирования территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на 2026 - 2028 годы (без учета коэффициента дифференциации и коэффициента доступности медицинской помощи) средним подушевым нормативам финансирования за счет указанного источника, предусмотренным Программой (в 2026 году - 5 402,1 рубля, 2027 году - 5 746,7 рубля и 2028 году - 6 089,5 рубля), в размер территориальных подушевых нормативов включаются подушевые расходы за счет средств межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемой сверх базовой программы ОМС, что отражается в тексте территориальной программы и приложении 2.1 к настоящим разъяснениям.

Подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС устанавливается с учетом коэффициента дифференциации, коэффициента корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС и коэффициента доступности.

В целях организации ОМС в субъектах Российской Федерации подушевой норматив финансирования территориальной программы за счет средств ОМС включает расходы на организацию осуществления полномочий Российской Федерации, переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации (средства на административно-управленческие расходы системы ОМС), которые планируются как сумма расходов на ведение дела по ОМС страховыми медицинскими организациями (в соответствии с установленным в бюджете территориального фонда ОМС на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов нормативом в размере не менее 0,8% и не более 1,1% от суммы средств, поступивших в страховую медицинскую организацию по дифференцированным подушевым нормативам) и расходов на обеспечение выполнения территориальным фондом ОМС своих функций, установленных законом о бюджете территориального фонда ОМС в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере ОМС.

При этом норматив расходов на ведение дела по ОМС страховыми медицинскими организациями должен учитывать возрастающие функции страховых медицинских организаций по индивидуальному информационному сопровождению застрахованных лиц, а также рост расходов, обусловленных макроэкономическими показателями прогноза социально-экономического развития Российской Федерации.

Не допускается установление за счет субвенции Федерального фонда в территориальной программе ОМС расходов на обеспечение территориальным фондом ОМС своих функции и расходов на ведение дела страховых медицинских организаций за счет снижения средних нормативов объема медицинской помощи и их финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, предусмотренных приложением № 2 к Программе.

Финансовое обеспечение компенсационных выплат отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией, порядок предоставления которых установлен постановлением Правительства Российской Федерации от 15 июля 2022 г. № 1268 «О порядке предоставления компенсационной выплаты отдельным категориям лиц, подвергающихся риску заражения новой коронавирусной инфекцией», осуществляется за счет средств фонда оплаты труда медицинской организации, сформированного из всех источников, разрешенных законодательством Российской Федерации, в том числе средств ОМС.

На четвертом этапе определяется стоимость территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС и рассчитывается доля расходов на оказание медицинской помощи в разрезе видов (условий оказания) в общих расходах на медицинскую помощь в рамках территориальной программы.

При формировании и определении стоимости территориальной программы на 2026 год за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, а также стоимости территориальной программы ОМС за счет средств ОМС учитывается соответственно численность населения субъекта Российской Федерации по прогнозу Росстата на 1 января 2026года и численность застрахованных лиц по данным единого регистра застрахованных лиц на 1 января 2025 года.

Размер бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов на реализацию территориальной программы на 2026 год определяется исходя из величины подушевого норматива финансирования за счет бюджетных средств, установленного территориальной программой, и численности населения субъекта Российской Федерации.

В случае утверждения стоимости территориальной программы на 2026 год с дефицитом ее финансового обеспечения за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, необходимо в срок до 25 февраля 2026 года представить в Минздрав России:

- информацию о размере:

утвержденных бюджетных ассигнований (за исключением взносов на ОМС неработающего населения), направляемых на реализацию территориальной программы в части медицинской помощи, не включенной в базовую программу, и иных расходов (с выпиской из закона субъекта Российской Федерации о бюджете субъекта Российской Федерации);

дефицита финансового обеспечения территориальной программы с

обоснованием его расчета и указанием численности населения субъекта Российской Федерации, которая использована при расчетах;

- график ликвидации указанного дефицита.

Для определения стоимости территориальной программы ОМС в части базовой программы необходимо величину среднего подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС, установленного Программой на 2026 год в расчете на одно застрахованное лицо (22 924,3 руб.), умножить на коэффициент дифференциации, коэффициент корректировки по доле участия федеральных медицинских организаций в территориальной программе ОМС, коэффициент доступности и на численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации по состоянию на 1 января 2025 года.

Размер финансового обеспечения медицинской помощи по территориальной программе ОМС не включает средства на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций.

Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на ее реализацию, установленный законом субъекта Российской Федерации о бюджете территориального фонда ОМС.

Стоимость территориальной программы ОМС не включает средства, возмещенные территориальному фонду ОМС по месту оказания медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным в иных субъектах Российской Федерации, средства на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования, а также средства на финансовое обеспечение мероприятий по ликвидации кадрового дефицита и на стимулирование медицинских работников за выявление онкологических заболеваний по результатам диспансеризации населения.

В рамках подушевого норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (которые могут быть обоснованно выше или ниже соответствующих средних нормативов, установленных Программой) по видам, формам, условиям и этапам оказания медицинской помощи с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

В целях обоснования дифференциации территориальных нормативов объема медицинской помощи и ее финансового обеспечения для последующего утверждения в рамках территориальной программы следует обеспечить учет и провести анализ соответствующих показателей по видам и условиям оказания медицинской помощи.

Первичная медико-санитарная помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Программой предусмотрена приоритетность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи.

1.1. Для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, раздельно по источникам финансового обеспечения, устанавливаются следующие нормативы объема медицинской помощи.

1. По профилактическим и иным целям (посещениям, комплексным посещениям):

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

- территориальный норматив посещений с профилактической и иными целями, включающий в том числе разовые посещения при заболеваниях, в том числе доврачебные и врачебные, посещения по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами и посещения на дому выездными патронажными бригадами);

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (который включает первое посещение в году для проведения диспансерного наблюдения);

- территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе территориальный норматив комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации;

- территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе отдельно для женщин и отдельно для мужчин;

- территориальный норматив посещений с иными целями;

- территориальный норматив комплексных посещений по посещениям с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение.

2. По поводу заболевания (обращениям, консультациям):

за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов:

- территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями;

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив обращений в связи с заболеваниями, в том числе:

консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой,

консультаций с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями.

3. По проведению отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг) (исследованиям):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС:

территориальный норматив отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), в том числе:

по компьютерной томографии,

магнитно-резонансной томографии,

ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы,

эндоскопическим диагностическим исследованиям,

молекулярно-генетическим исследованиям с целью диагностики онкологических заболеваний,

патолого-анатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,

позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ),

однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований (далее – ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия),

по неинвазивному пренатальному тестированию (определению внеклеточной ДНК плода по крови матери),

определению РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции,

лабораторной диагностике для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценке стадии фиброза, определению генотипа вируса гепатита С).

4. Пошколам для больных с хроническими заболеваниями, школам для беременных и по вопросам грудного вскармливания (комплексным посещениям):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:

школ сахарного диабета.

Нормативы объема комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, также учитываются отдельно в составе раздела первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, и не включаются в нормативы отдельных диагностических (лабораторных) исследований.

Для реализации мероприятий по повышению приверженности к лечению и модификации факторов риска рекомендуется к включению в территориальные программы объемов медицинской помощи в рамках школ для больных с хроническими заболеваниями, в том числе:

хронической сердечной недостаточностью,

артериальной гипертензией,

ишемической болезнью сердца и перенесенным инфарктом миокарда

бронхиальной астмой,

хронической обструктивной болезнью легких,

хронической болезнью почек,

хроническим гастритом и язвенной болезнью,

фибрилляцией предсердий,

Кроме того, рекомендуется в территориальную программу включить объемы медицинской помощи в рамках школ здорового образа жизни и школ для пациентов с избыточной массой тела и ожирением.

Объемы медицинской помощи в рамках школ для больных с хроническими заболеваниями и их финансовое обеспечение должны устанавливаться с учетом установленного Программой соответствующего норматива, а также уровня заболеваемости застрахованных лиц в регионе.

5. По диспансерному наблюдению (комплексным посещениям):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив комплексных посещений в целях осуществления диспансерного наблюдения, в том числе:

по поводу онкологических заболеваний,

сахарного диабета,

болезней системы кровообращения.

Норматив распространяется на онкологических пациентов после завершения лечения, исключая контингент лиц, получающих консультативные и диагностические услуги:

- при подозрении на онкологическое заболевание;

- с подтвержденным диагнозом, находящихся на этапе обследования, получающих лечение и обследующихся в рамках межкурсового лечения при проведении противоопухолевой лекарственной терапии (далее - ПЛТ) или в рамках комплексного лечения после завершения хирургического или лучевого этапа лечения и начала ПЛТ;

- пациентов с паллиативным статусом.

6. По дистанционному наблюдению за состоянием здоровья пациентов (комплексным посещениям):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив комплексных посещений дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, в том числе:

пациентов с сахарным диабетом,

пациентов с артериальной гипертензией.

7. В неотложной форме (посещений):

за счет средств ОМС в рамках базовой программы:

- территориальный норматив посещений по неотложной помощи.

Ветеранам боевых действий, указанным в абзацах втором и третьем подпункта «в» пункта 2 Указа Президента Российской Федерации от 3 апреля 2023 г. № 232 «О создании Государственного фонда поддержки участников специальной военной операции «Защитники Отечества» (далее - участники специальной военной операции), оказание медицинской помощи в рамках Программы осуществляется во внеочередном порядке.

Территориальные фонды ОМС ведут отдельный учет случаев оказания медицинской помощи участникам специальной военной операции в разрезе условий и форм ее оказания, а также учет таких пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности.

Территориальные фонды ОМС совместно с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья осуществляют сверку списков участников специальной военной операции с региональным фондом «Защитники Отечества» не реже 1 раза в месяц.

При формировании территориальной программы ОМС планируются объемы медицинской помощи застрахованным лицам, в том числе участникам специальной военной операции.

Организация проведения диспансеризации участнику специальной военной

операции осуществляется в 30-дневный срок после получения медицинской организацией информации о его прибытии.

При проведении участнику специальной военной операции первого этапа диспансеризации врач-терапевт оценивает необходимость предоставления участнику специальной военной операции дополнительных обследований и консультаций специалистов в целях оценки состояния его здоровья. Рекомендуется обеспечить проведение таких дополнительных обследований и консультаций, в том числе консультирование медицинским психологом, в день осуществления первого этапа диспансеризации. При невозможности проведения таких обследований и консультаций в день проведения первого этапа диспансеризации они проводятся в период, не превышающий:

3 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации, - в случае проживания участника специальной военной операции в городском населенном пункте;

10 рабочих дней после проведения первого этапа диспансеризации, - в случае проживания участника специальной военной операции в сельской местности (поселке городского типа, рабочем поселке) или в отдаленном населенном пункте.

Если участник специальной военной операции нуждается в постоянном динамическом наблюдении за ним со стороны медицинских работников соответствующего профиля и проживает в отдаленном населенном пункте, такое динамическое наблюдение может быть организовано с использованием телемедицинских технологий. Лица из числа граждан, которые имеют нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящие к ограничениям жизнедеятельности, выраженные в неспособности к самообслуживанию, необходимости в постоянной посторонней помощи и уходе, полной зависимости от других лиц (далее - маломобильные граждане), проживающие в отдаленных районах и сельской местности, а также маломобильные граждане, доставка которых в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, затруднена, в целях прохождения диспансеризации могут быть госпитализированы на срок до 3 дней в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь и оснащенную медицинскими изделиями и оборудованием, а также имеющую укомплектованный штат медицинских работников, необходимых для проведения профилактического медицинского осмотра или первого и второго этапов диспансеризации.

У медицинской организации, планирующей проводить госпитализации по КСГ st.36.049 «Госпитализация маломобильных граждан в целях прохождения диспансеризации, первый этап (второй этап при наличии показаний)», является обязательным наличие лицензии на «медицинские осмотры профилактические», «терапию» или «общую врачебную практику (семейную медицину)».

Оплата диспансеризации маломобильных граждан, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов

объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым в соответствии с приложением № 4 к Программе, в пределах объемов медицинской помощи, установленных в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

При выявлении у маломобильного гражданина в ходе проведения диспансеризации заболеваний и (или) состояний, требующих оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, медицинская организация, проводившая диспансеризацию в стационарных условиях, организует предоставление маломобильному гражданину такой медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования ведут учет случаев проведения диспансеризации в стационарных условиях и их результатов.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 мая 2025 г. № 274н (далее - Талон).

Профилактические мероприятия (посещения с профилактической целью, комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин) проводятся в том числе для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний.

Территориальные нормативы посещений с профилактической и иными целями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включают в себя:

- профилактические посещения, включая посещения в рамках диспансеризации, при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС; посещения в рамках профилактических мероприятий, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования (включая посещения, связанные с проведением медико-психологического тестирования) в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также консультации (осмотры) врачами-психиатрами, наркологами при проведении профилактического медицинского осмотра;

- посещения с иными целями, в том числе консультации пациентов врачами-психиатрами и врачами-фтизиатрами при заболеваниях, включенных в базовую

программу, а также лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами; посещения для проведения медико-психологического консультирования и получения психологических рекомендаций при заболеваниях, не входящих в базовую программу; посещения с целью медико-психологического консультирования и предоставления психологических рекомендаций по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам в хосписах и больницах сестринского ухода и их родственникам.

Субъекты Российской Федерации вправе включать в территориальные нормативы посещений с профилактической и иными целями за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов объемы профилактической медицинской помощи в перечисленных целях, предусмотренные для лиц, не застрахованных по ОМС.

Территориальные нормативы комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счет средств ОМС устанавливаются с учетом приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации:

от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. № 64042);

от 14 апреля 2025 г. № 211н « Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров, учетной формы № 030-ПО/у «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего», порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030-ПО/о «Сведения о профилактических медицинских осмотрах несовершеннолетних», порядка ее заполнения» (зарегистрировано в Минюсте России 22 мая 2025 г. № 82300);

от 14 апреля 2025 г. № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения» (зарегистрировано в Минюсте России 28 мая 2025 г. № 82387) (далее - приказ Минздрава России № 212н);

от 21 апреля 2022 г. № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрировано в Минюсте России 29 апреля 2022 г. № 68366) (далее – приказ Минздрава России № 275н).

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров за счет средств ОМС устанавливается с

учетом среднего норматива, установленного Программой, и не включает объемы обязательных предварительных (при поступлении на работу и заключении трудового договора) и периодических (в течение трудовой деятельности, для лиц в возрасте до 21 года - ежегодные) медицинских осмотров работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда (в том числе на подземных работах), а также на работах, связанных с движением транспорта, работников организаций пищевой промышленности, общественного питания и торговли, водопроводных сооружений, медицинских организаций и детских учреждений, других обязательных медицинских осмотров для отдельных категорий работников, в том числе связанных с движением транспорта, занятых на подземных работах (предсменные/предрейсовые, послесменные/послерейсовые медицинские осмотры, медицинские осмотры в течение рабочего дня/смены, а также медицинские осмотры перед выполнением отдельных видов работ), предусмотренных статьями 69, 220, 266, 328, 330.3 Трудового Кодекса Российской Федерации, иными законодательными и нормативными правовыми актами, содержащими нормы трудового права, и осуществляемых за счет средств работодателя.

Обоснование территориальных нормативов объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации на 2026 год приводится в таблице согласно приложению 6 «Объем медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации на 2026 год» к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Средний норматив объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних учитывает 1,58 посещения. При установлении территориального норматива комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров учитывают сложившуюся в субъекте Российской Федерации кратность посещений при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, отражаемую в указанной таблице.

Территориальный норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации и диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин включает комплексные посещения в рамках первого этапа диспансеризации. Объем медицинской помощи второго этапа диспансеризации и диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, диспансеризация проводится с привлечением медицинских специалистов близлежащих медицинских организаций.

Статьей 1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» определено понятие «дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации». К этой категории отнесены: дети-сироты; дети, оставшиеся без попечения родителей; дети-инвалиды; дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть имеющие недостатки в физическом

и (или) психическом развитии; дети - жертвы вооруженных и межнациональных конфликтов, экологических и техногенных катастроф, стихийных бедствий; дети из семей беженцев и вынужденных переселенцев; дети, оказавшиеся в экстремальных условиях; дети - жертвы насилия; дети, отбывающие наказание в виде лишения свободы в воспитательных колониях; дети, находящиеся в образовательных организациях для обучающихся с девиантным (общественно опасным) поведением, нуждающихся в особых условиях воспитания, обучения и требующих специального педагогического подхода (специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа); дети, проживающие в малоимущих семьях; дети с отклонениями в поведении; дети, жизнедеятельность которых объективно нарушена в результате сложившихся обстоятельств и которые не могут преодолеть данные обстоятельства самостоятельно или с помощью семьи.

Пунктом 1.4 Комплекса мер по повышению качества жизни и соблюдению прав и законных интересов детей с психическими расстройствами, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на 2023 - 2025 годы, утвержденного Заместителем Председателя Правительства Российской Федерации Т.А. Голиковой от 15.02.2023 № 1644п-П45 (далее соответственно - Комплекс мер, организации, дети, проживающие в организациях), на высшие исполнительные органы субъектов Российской Федерации возложены функции по обеспечению проведения ежегодной диспансеризации и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организации социального обслуживания.

Во исполнение пункта 1.5 Комплекса мер в приложении № 2 к Программе (сноска «9») предусмотрены отдельные средние нормативы объема медицинской помощи для детей, проживающих в организациях социального обслуживания, по диспансеризации (не менее 0,000078 комплексного посещения на 1 такого ребенка) и диспансерному наблюдению (не менее 0,000157 комплексного посещения на 1 такого ребенка), которые субъект Российской Федерации вправе корректировать при установлении размера соответствующего территориального норматива объема с учетом реальной потребности населения.

Территориальный норматив финансовых затрат на единицу указанного объема профилактической медицинской помощи на 2026-2028 годы субъект Российской Федерации устанавливает самостоятельно на основе порядков, утвержденных приказами Минздрава России № 212н, 275н и приказом Минздрава России от 11 апреля 2025 г. № 192н «Об утверждении порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях» (зарегистрировано в Минюсте России 16 мая 2025 г. № 82218) (далее - приказ Минздрава России № 192н), с учетом возраста детей, проживающих в организациях социального обслуживания

Кроме того, приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 сентября 2023 г. № 515н «О внесении изменений в порядок проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденный приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н» (далее - Приказ Минздрава России № 515н), предусмотрена возможность проведения профилактического медицинского осмотра и (или) диспансеризации застрахованному по ОМС лицу в медицинской организации, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, а также в иной медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы ОМС, по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре медицинской организации (включая место работы и учебы).

Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации (далее - Комиссия) распределяет медицинским организациям объемы профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, количества прикрепленных застрахованных лиц к медицинским организациям с учетом положений, установленных Федеральным законом № 326-ФЗ и Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 августа 2025 г. № 496н (Зарегистрировано в Минюсте России 29 августа 2025 г. № 83407) (далее - Правила).

В случае проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации в иной медицинской организации перераспределение объемов медицинской помощи между ней и медицинской организацией, в которой гражданин получает первичную медико-санитарную помощь, не требуется.

При этом, согласно положениям пункта 10.1 Приказа № 515н, иная медицинская организация по согласованию с работодателем и (или) руководителем образовательной организации формирует и направляет в территориальный фонд ОМС предварительный перечень граждан для прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации в иной медицинской организации, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре иной медицинской организации (включая место работы и учебы), предусматривающий адрес, дату и время проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, фамилию, имя, отчество (при наличии), возраст (дату рождения), номер полиса ОМС, страховой номер индивидуального лицевого счета работника и (или) обучающегося.

Территориальный фонд ОМС проводит сверку полученных сведений от иной медицинской организации, в том числе на предмет исключения повторного в текущем году проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, а также доводит список граждан до страховых медицинских организаций путем размещения в единой государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (далее - ГИС ОМС).

Результаты приемов (осмотров, консультаций) медицинскими работниками, исследований и иных медицинских вмешательств, входящих в объем профилактического медицинского осмотра и диспансеризации, включая сведения о

медицинской документации, сформированной в форме электронных документов, представляются иной медицинской организацией в единую ГИС ОМС.

Иная медицинская организация обеспечивает передачу информации между медицинскими организациями, в которых граждане получают первичную медико-санитарную помощь, в том числе расположенными в других субъектах Российской Федерации, предусмотренной в карте учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации) по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 ноября 2020 г. № 1207н «Об утверждении учетной формы медицинской документации № 131/у «Карта учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)», порядка ее ведения и формы отраслевой статистической отчетности № 131/о «Сведения о проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», порядка ее заполнения и сроков представления».

При проведении профилактического медицинского осмотра и диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации.

Оплата диспансеризации маломобильных застрахованных лиц, проводимой в стационарных условиях, осуществляется при условии обязательного выполнения 100 процентов объема первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, предусмотренной порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, для соответствующего пола и возраста, а также второго этапа (при наличии показаний) по тарифам на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, устанавливаемым в соответствии с приложением № 4 к Программе, в пределах объемов медицинской помощи, установленных в территориальной программе обязательного медицинского страхования.

С учетом Порядка, утвержденного Приказом Минздрава России № 404н, допускается учет результата ранее выполненного исследования липидного профиля, липопротеида (а) при соблюдении следующих условий:

срок давности исследования соответствует рекомендуемой периодичности контроля липидного спектра для соответствующей группы риска;

при наличии показаний возможно смещение графика последующих исследований с учетом даты последнего анализа, по аналогии с подходом к смещению сроков других лабораторных исследований, закрепленным Приказом № 404н.

Оплата профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации

осуществляется в соответствии с установленным Программой способом оплаты - за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), а также порядками оплаты, предусмотренными Главами VIII и IX Правил, и Методическими рекомендациями.

Объемы и стоимость указанных случаев должны быть учтены в соответствующих отчетах субъекта Российской Федерации, в котором лицо застраховано.

Программой для женщин и мужчин репродуктивного возраста предусмотрено одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации проведение поэтапно (в зависимости от возрастных групп) диспансеризации, направленной на оценку их репродуктивного здоровья (далее - диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья), включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению № 6 к Программе.

При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, осмотров врача акушера-гинеколога, врача-уролога (врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам репродуктивного здоровья) и диагностических (лабораторный и инструментальных) исследований по перечню приложения № 6 к Программе, к проведению диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья привлекаются соответствующие врачи иных медицинских организаций (в том числе на основе выездных форм работы), а также их диагностические подразделения (для проведения микроскопических, бактериологических исследований мазков, ультразвуковых исследований органов малого таза и наружных половых органов, молочных желез), в том числе врачи-специалисты и медицинское оборудование федеральных медицинских организаций, с последующим возмещением затрат иных медицинских организаций в рамках межучрежденческих взаиморасчетов.

Территориальные нормативы объема комплексных посещений и территориальные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в целях проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья за счет средств ОМС устанавливаются субъектами Российской Федерации в соответствии с Программой и методическими рекомендациями по диспансеризации мужчин и женщин репродуктивного возраста с целью оценки репродуктивного здоровья, направленными письмом Минздрава России от 08.04.2024 № 17-6/И/2-6434.

На 2026 - 2028 годы в Программе предусмотрено финансовое обеспечение проведения углубленной диспансеризации застрахованных по ОМС, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики (далее - углубленная диспансеризация).

Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 июля 2021 г. № 698н (зарегистрировано в Минюсте

России 7 июля 2021 г. № 64157).

Проведение углубленной диспансеризации планируется и учитывается в общем объеме и стоимости диспансеризации. Единицей измерения первого этапа углубленной диспансеризации является комплексное посещение, включающее в себя перечень исследований в соответствии с приложением № 5 к Программе.

При этом проведение углубленной диспансеризации осуществляется вне зависимости от факта прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров или диспансеризации. В норматив комплексных посещений для проведения диспансеризации территориальной программы ОМС в рамках базовой программы не включают посещения по диспансеризации государственных гражданских служащих Российской Федерации и муниципальных служащих, обязательность которой для замещения должности федеральной государственной гражданской службы и государственной гражданской службы субъектов Российской Федерации установлена пунктом 4 части 1 статьи 16 Федерального закона от 27 июля 2004 г. № 79-ФЗ «О государственной гражданской службе Российской Федерации», а для замещения должности муниципальной службы - пунктом 4 части 1 статьи 13 Федерального закона от 2 марта 2007 г. № 25-ФЗ «О муниципальной службе в Российской Федерации».

Порядок прохождения диспансеризации федеральными государственными гражданскими служащими, государственными гражданскими служащими субъектов Российской Федерации и муниципальными служащими, перечень заболеваний, препятствующих поступлению на государственную гражданскую службу Российской Федерации и муниципальную службу или ее прохождению, а также формы заключения медицинской организации утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 201н (зарегистрировано в Минюсте России 20 мая 2025 г. № 82259).

При этом комплексные посещения по диспансеризации федеральных государственных гражданских служащих, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, не включаются в соответствующие нормативы территориальной программы.

Посещения по диспансеризации государственных гражданских служащих субъектов Российской Федерации и муниципальных служащих, финансирование которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, могут быть включены в территориальные нормативы:

- посещений с профилактической и иными целями при условии выделения дополнительных средств на реализацию территориальной программы сверх среднего подушевого норматива ее финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, определенного Программой, с учетом региональных особенностей;

- комплексных посещений для проведения диспансеризации в случае направления целевых межбюджетных трансфертов из бюджета субъекта Российской Федерации в бюджет территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение

соответствующих объемов профилактической медицинской помощи в дополнение к установленным в территориальной программе ОМС в рамках базовой программы.

Территориальные фонды ОМС осуществляют мониторинг данных о количестве лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, результатах проведенных мероприятий и передают агрегированные сведения Федеральному фонду в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Посещения с иными целями включают:

- разовые посещения в связи с заболеваниями;

- посещения центров здоровья, за исключением комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья взрослого населения в соответствии с установленными нормативами;

- посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

- посещения для получения справок и иных медицинских документов, в связи с другими причинами.

Объем комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения рассчитывается с учетом уровня и структуры заболеваемости в субъекте Российской Федерации на основе численности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением при отдельных заболеваниях и состояниях в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации. В отношении лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, при наличии хронических заболеваний проводится диспансерное наблюдение в соответствии с утвержденными Минздравом России порядками оказания медицинской помощи.

При планировании объемов медицинской помощи по диспансерному наблюдению на 2026 год следует руководствоваться приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 15 марта 2022 г. № 168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми» (далее – приказ Минздрава России № 168н) (зарегистрировано в Минюсте России 21 апреля 2022 г. № 68288);

- приказ Минздрава России № 192н;

- от 4 июня 2020 г. № 548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрировано в Минюсте России 26 июня 2020 г. № 58786).

Территориальный норматив объема медицинской помощи по диспансерному наблюдению включает в себя объемы медицинской помощи застрахованным по ОМС

лицам от 18 лет и старше, а также детей (рекомендуется не менее 0,000157), проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и не включает в себя первое посещение в году, которое оплачивается в рамках профилактических осмотров.

Объем медицинской помощи по диспансерному наблюдению детей, за исключением проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, включен в норматив объема медицинской помощи по обращениям в связи с заболеваниями.

При этом, при планировании территориальных нормативов объема следует учитывать реальную потребность в диспансерном наблюдении застрахованных лиц с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения и сахарным диабетом.

В целях повышения эффективности диспансерного наблюдения, в том числе дистанционно за пациентами с хроническими неинфекционными заболеваниями следует использовать дистанционный мониторинг показателей здоровья (артериальное давление, частота пульса, масса тела, показатели дыхательной функции. гликемия, сатурация и др. с оформлением результатов в медицинской документации) с применением медицинских изделий, допущенных к обращению на территории Российской Федерации у пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением с соответствующими заболеваниями:

артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) I10-I15,

ишемическая болезнь сердца (стенокардия) I20- I25,

хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I50,

нарушения ритма и проводимости сердца I47- I49,

бронхиальная астма (легкая, средняя, тяжелая) J45,

хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) J44,

сахарный диабет 1-го 2-го типов E10, E11.

В территориальный норматив объема на комплексное посещение по диспансерному наблюдению за пациентами с нозологической формой «сахарный диабет» включаются также объемы медицинской помощи с установленным диагнозом «предиабет» R73.0, R73.9.

В норматив финансовых затрат на комплексное посещение по диспансерному наблюдению не включаются расходы, связанные с проведением тех диагностических исследований, по которым установлены отдельные нормативы финансовых затрат.

В целях профилактики развития профессиональных заболеваний или осложнений, обострений, имеющихся хронических неинфекционных заболеваний у работающих лиц, застрахованных по ОМС, Программой предусмотрена возможность

организации проведения диспансерного наблюдения работников по месту осуществления служебной деятельности в соответствии с приказом Минздрава России № 168н.

Приложением № 2 к Программе (сноска «9») предусмотрены средние нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение в рамках проведения диспансерного наблюдения работающих граждан: в 2026 году - 3 113,5 рубля, в 2027 году - 3 336,1 рубля, в 2028 году - 3 557,1 рубля, которые учитываются при формировании соответствующих территориальных нормативов.

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 2026 год рекомендуется обосновать в разрезе видов посещений и включить обоснование в виде приложения к территориальной программе в соответствии с формами, представленными в приложении 7 «Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2026 год» к настоящим разъяснениям.

Субъекты Российской Федерации до 15 февраля 2026 г. представляют в Минздрав России сведения о числе лиц, состоящих на диспансерном наблюдении с онкологическими заболеваниями, болезнями системы кровообращения, сахарным диабетом раздельно, взятых за основу расчета территориального норматива объема диспансерного наблюдения в регионе на 2025 год. Информацию следует разместить в информационной системе Министерства здравоохранения Российской Федерации «Система мониторинга и ресурсного обеспечения здравоохранения», размещенной на Интернет-портале по адресу: http://62.minzdrav.gov.ru отдельным файлом к Приложению 16 «Планируемое распределение числа посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях на 2026 год».

Для медицинских организаций, в составе которых на функциональной основе созданы центры здоровья, единицей объема первичной медико-санитарной помощи является посещение:

- впервые обратившихся граждан в отчетном году для проведения комплексного обследования;

- обратившихся граждан для динамического наблюдения в соответствии с рекомендациями врача центра здоровья, а также граждан, направленных медицинской организацией по месту прикрепления, медицинскими работниками образовательных организаций.

Медицинские организации, в которых созданы центры здоровья, участвуют в реализации территориальной программы ОМС в части оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи в этих структурных подразделениях.

Объем первичной медико-санитарной помощи, оказанной в центрах здоровья, в том числе являющихся структурными подразделениями врачебно-физкультурных диспансеров, центров охраны здоровья семьи и репродукции, центров охраны репродуктивного здоровья подростков и центров медицинской профилактики,

формируется на основе реестров счетов, заполненных в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (далее - МКБ-10) по классу XXI «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» (Z00 - Z99).

Средний норматив объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по неотложной помощи за счет средств ОМС, включает в том числе посещения на дому.

Обращение по поводу заболевания и комплексное посещение - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические, а также реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Территориальные нормативы объема первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по поводу заболеваний за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, включают в себя также медицинскую помощь в экстренной форме (обращения в связи с заболеваниями, включенными в базовую программу), оказанную лицам, не застрахованным по ОМС.

Согласно сноске «3» приложения № 2 к Программе в нормативы обращений за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включаются законченные случаи лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, а также медико-психологическое консультирование и медико-психологическая помощь при заболеваниях, не входящих в базовую программу.

На 2026 год средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении за счет средств ОМС составляет 2,6 посещения.

Субъекты Российской Федерации устанавливают территориальные нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема в связи с проведением отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)) с учетом применения различных видов и методов исследований систем, органов и

тканей человека в зависимости от заболеваемости населения, в связи с чем эти нормативы могут быть обоснованно ниже или выше средних нормативов, установленных Программой, в пределах подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС на одно застрахованное лицо.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний (0,001492 исследования на одно застрахованное лицо) - это исследование биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением одного теста для данного вида опухоли в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний.

Средний норматив объема молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, предусмотренный Программой, включает в том числе исследования с применением следующих маркеров: BRAF, EGFR, KRAS, NRAS, MSI, FISH ALK, FISH HER2, ПЦР BRCA 1/BRCA 2, NGS BRCA 1/BRCA 2, FISH (биопсийный с уточнением).

Средний норматив финансовых затрат на одно молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (10 693,2 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одной реакции (теста) для данного вида опухоли, выполненного в соответствии с клиническими рекомендациями по лечению онкологических заболеваний, и включает в том числе расходы на оплату транспортных услуг в целях доставки диагностического материала к месту исследования и расходы на хранение образца.

Средний норматив патолого-анатомических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (0,027103 исследования на одно застрахованное лицо) - это средняя частота выполнения прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений: гистохимического, иммуногистохимического и иных методов) при оказании медицинской помощи с целью диагностики онкологических заболеваний.

Патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала осуществляются в целях диагностики заболеваний, в том числе онкологических, а также в целях подтверждения или уточнения диагноза заболевания (состояния) с учетом требований стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи.

Средний норматив финансовых затрат на одно патолого-анатомическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (2 637,1 рубля) рассчитан как средневзвешенная стоимость одного случая прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала и может быть дифференцирован с учетом категории сложности прижизненного патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала,

средневзвешенной стоимости патолого-анатомического исследования одного тканевого образца без применения дополнительных окрасок (постановок реакций, определений), средневзвешенной стоимости одной дополнительной окраски (постановки реакции, определения), расходов на оплату транспортных услуг в целях доставки биопсийного (операционного) материала к месту исследования и расходов на хранение биопсийного (операционного) материала.

При определении нормативов финансовых затрат на проведение лабораторных и диагностических исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвуковых исследований сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, - ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)) учитываются различия в стоимости медицинских услуг, связанные с уровнем заболеваемости застрахованных лиц, в том числе по профилям оказания медицинской помощи, необходимостью применения выездных форм оказания медицинской помощи, применением расходных материалов и медицинского оборудования, особенности маршрутизации пациентов в субъекте Российской Федерации, а также за его пределами. При этом Программой субъектам Российской Федерации дано право устанавливать нормативы финансовых затрат на указанные исследования с учетом вышеназванных особенностей, в том числе оплаты исследований в рамках межтерриториальных расчетов. Обоснование установленных в территориальной программе государственных гарантий нормативов финансовых затрат на отдельные диагностические и лабораторные исследования за счет средств ОМС приводится в таблице согласно приложению 8 «Объем и финансовое обеспечение отдельных диагностических и лабораторных исследований на 2026 год» к настоящим разъяснениям и представляется в Федеральный фонд.

Назначение 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)) осуществляется

врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний, в том числе при назначении профильным врачом-специалистом по результатам консультаций.

При установлении объема медицинской помощи, оказываемой врачами-педиатрами участковыми, врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами), следует учитывать дифференциацию потребления медицинской помощи прикрепленным населением в зависимости от пола, возраста, уровня общей заболеваемости, а также климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения в субъекте Российской Федерации.

В случае установления государственного (муниципального) задания врачебно-физкультурным диспансерам и другим медицинским организациям, предоставляющим медицинские и иные услуги в рамках территориальной программы, измеряемого в посещениях с профилактической и иными целями, выполненный этими медицинскими организациями объем медицинской помощи может включаться в объем медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за счет средств соответствующих бюджетов в целом по субъекту Российской Федерации.

Установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на 2026 год на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров (2 611,1 рубля), на одно комплексное посещение для проведения диспансеризации (3 123 рубля) включают в том числе расходы на проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами, а также проведение указанных мероприятий в выходные дни.

Средний норматив финансовых затрат на проведение углубленной диспансеризации устанавливается отдельно.

Субъект Российской Федерации может устанавливать территориальные нормативы финансовых затрат на одно комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации как без учета расходов на оказание медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами, так и с учетом указанных расходов.

В рамках подушевых нормативов финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета и средств ОМС субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом особенностей половозрастного состава уровня и структуры заболеваемости населения, плотности населения, транспортной доступности медицинских организаций, а также климатических и географических особенностей регионов.

Особенности оплаты первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за счет средств ОМС представлены в Методических рекомендациях.

Для определения стоимости единиц объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, рекомендуется использовать поправочные коэффициенты по основным специальностям, представленные в приложении 9 к настоящим разъяснениям.

Медицинская помощь, оказываемая несовершеннолетним в период обучения и воспитания в образовательных организациях, осуществляется за счет средств ОМС в рамках подушевого норматива финансирования в медицинских организациях, определенных органом государственной власти субъекта Российской Федерации.

При планировании и учете объема гарантируемой стоматологической помощи застрахованным лицам по территориальной программе ОМС учитываются как посещения с профилактической и иными целями, так и обращения в связи с заболеваниями. При этом учитывается кратность условных единиц трудоемкости (далее - УЕТ) в одном посещении, которая в среднем по Российской Федерации составляет 4,2, число УЕТ в одном посещении с профилактической целью - 4,0, в одном обращении в связи с заболеванием (законченном случае лечения) - 9,4.

При оказании стоматологической помощи необходимо соблюдать принцип максимальной санации полости рта за одно посещение.

Финансовое обеспечение проведения медицинского осмотра и, при необходимости, медицинского обследования перед профилактическими прививками при осуществлении иммунопрофилактики, а также оказания медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в системе ОМС, при возникновении поствакцинальных осложнений осуществляется за счет средств ОМС.

В территориальной программе ОМС устанавливается размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14 апреля 2025 г. № 202н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрировано в Минюсте России 30 мая 2025 г. № 82461), в зависимости от численности обслуживаемого ими населения: до 100 человек, от 101 человек до 800 человек, от 801 до 1 500 человек, от 1 501 человек до 2 000 человек и свыше 2 000 человек (информация согласно приложению 10 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов)на 2026 год» к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд).

Предусмотренный Программой на 2026 год средний размер финансового обеспечения составляет для фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих:

от 101 до 800 жителей, - 1 533,7 тыс. рублей;

от 801 до 1500 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей;

от 1501 до 2000 жителей, - 3 067,5 тыс. рублей.

При установлении в территориальной программе ОМС размеров финансового обеспечения для конкретных фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) указанные средние размеры финансового обеспечения необходимо умножить на коэффициенты дифференциации региона с учетом их месторасположения.

При определении размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), обслуживающих до 100 человек и свыше 2 000 человек, учитывается решение субъекта Российской Федерации о необходимости организации таких фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов), а размер их финансового обеспечения устанавливается в зависимости от численности обслуживаемого населения с учетом понижающего или повышающего коэффициента к размеру финансового обеспечения фельдшерско-акушерского пункта (фельдшерского пункта, фельдшерского здравпункта), обслуживающего от 101 до 800 жителей и обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

В случае оказания фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими пунктами, фельдшерскими здравпунктами) медицинской помощи женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем), а размер их финансового обеспечения устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

При этом размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», и уровнем средней заработной платы в соответствующем регионе.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пунктй, фельдшерские здравпункты) , определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерско-акушерские пункты (фельдшерские пункты, фельдшерские здравпункты) исходя из их количества в составе медицинской организации и вышеуказанного среднего размера их финансового обеспечения. Источником указанных расходов могут служить в том числе средства ОМС, полученные в составе субвенции из бюджета Федерального фонда по коэффициенту доступности.

Исполнительные органы субъектов Российской Федерации в составе территориальных программ государственных гарантий вправе устанавливать размер финансового обеспечения для амбулаторий и участковых больниц в порядке, аналогичном порядку установления размера финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов).

1.2. Статьей 33 Федерального закона № 323-ФЗ установлено, что первичная медико-санитарная помощь, включающая в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения, оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Специализированная медицинская помощь в соответствии с нормами статьи 34 этого же закона включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию и оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь преимущественно амбулаторно.

В целях планирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, рекомендуется вести раздельный учет объема и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара при оказании первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения.

С учетом уровня и структуры заболеваемости туберкулезом, психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе связанными с употреблением психоактивных веществ, болезнями, передаваемыми половым путем, вызванными вирусом иммунодефицита человека, включая синдром приобретенного иммунодефицита, а также демографических показателей и плотности населения, климатических и географических особенностей региона, уровня развития транспортных путей постоянного действия и транспортной доступности медицинских организаций, а также других факторов субъект Российской Федерации вправе при установлении территориальных нормативов для всех видов медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета использовать понижающий коэффициент к объемам медицинской помощи, представленные в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

Субъекты Российской Федерации вправе устанавливать нормативы объема и финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, раздельно для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи в пределах общего норматива

объема и финансовых затрат на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневных стационаров.

Субъект Российской Федерации вправе устанавливать в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, для чего предлагается взять за основу соответствующие фактические показатели объема и стоимости указанной медицинской помощи в субъекте Российской Федерации по данным форм федерального статистического наблюдения за прошедшие 3 года.

В случае, когда дневные стационары амбулаторно-поликлинических учреждений оказывают медицинскую помощь пациентам, страдающим хронической почечной недостаточностью, с предоставлением всех форм заместительной почечной терапии, в том числе методом гемодиализа, а также пациентам с онкологическими заболеваниями с применением специальных методов диагностики и лечения (в центрах амбулаторной онкологической помощи, далее - ЦАОП), то данная медицинская помощь относится к первичной специализированной медицинской помощи.

Средний норматив объема медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный Программой, включает средний норматив медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (далее - ЭКО), который в свою очередь включает полный цикл ЭКО с криоконсервацией эмбрионов, размораживание криоконсервированных эмбрионов с последующим переносом эмбрионов в полость матки. При этом хранение криоконсервированных эмбрионов не включается в стоимость медицинской помощи при ЭКО за счет средств ОМС.

Установленный в территориальной программе ЭКО норматив объема медицинской помощи с учетом реальной потребности, обусловленной в том числе количеством женщин фертильного возраста, может быть обоснованно ниже или выше соответствующего среднего норматива, предусмотренного Программой.

Средний норматив финансовых затрат на один случай ЭКО, утвержденный Программой, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов и представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов без их хранения.

При планировании объемов ЭКО следует учитывать основные виды преимплантационного генетического тестирования (далее – ПГТ):

ПГТ-А (на анеуплоидии)

Что выявляет: Количественные аномалии в числе хромосом (например, синдромы Дауна, Эдвардса, Патау).

Когда используется: для повышения шансов на имплантацию и здоровое развитие эмбриона, особенно при возрастных показаниях и привычном

невынашивании.

ПГТ-М (на моногенные заболевания)

Что выявляет: Нарушения в отдельных генах, ответственные за моногенные наследственные болезни (например, муковисцидоз, фенилкетонурия).

Когда используется: если в семье уже есть случаи известных наследственных заболеваний.

ПГТ-СП (на структурные хромосомные перестройки)

Что выявляет: Структурные аномалии хромосом, такие как транслокации (перемещения участков), делеции потери) или дупликации (удвоения).

Когда используется: у родителей - носителей сбалансированных хромосомных перестроек (транслокаций).

ПГТ-HLA (HLA-типирование)

Что выявляет: HLA-типы эмбриона для поиска совместимого донора стволовых клеток для лечения сиблингов с тяжелыми заболеваниями крови.

Когда используется: для создания «генетически идеального» донора для больного ребенка в семье.

Установленные в территориальной программе отдельные нормативы объема и финансовых затрат для оказываемой за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в условиях дневного стационара первичной медико-санитарной помощи и специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, указываются приложении 2.1 к настоящим разъяснениям как в виде отдельных нормативов (строки 9 и 9.1, 12 и 12.1), так и в виде общего норматива объема и стоимости (строки 10 и 10.1). Для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за счет средств ОМС, раздельные нормативы объема и финансовых затрат для первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи, в том числе ВМП, в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям не указываются.

1.3. Подушевые расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи включают подушевые расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях для каждого из установленных нормативов объема.

Указанные подушевые расходы для медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, рассчитываются как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи.

1.4. Финансовое обеспечение оказания первичной медико-санитарной помощи включает расходы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в соответствии

со следующим алгоритмом:

а) в амбулаторных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа единиц объема (посещений с профилактической и иными целями, комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин, посещений с иными целями; посещений по неотложной помощи; обращений в связи с заболеваниями; отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг); комплексных посещений школ для больных с хроническими заболеваниями, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания; комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения; комплексных посещений для проведения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов; комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация») как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов медицинской помощи как произведение нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи в разрезе установленных нормативов объема;

- суммирование расходов.

Расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи определяется как произведение стоимости одного случая лечения в дневном стационаре при оказании первичной медико-санитарной помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

Расходы на оказание первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание первичной медико-санитарной помощи (в том числе в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы (в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе).

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ специализированная медицинская помощь, включающая в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию, оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Субъект Российской Федерации устанавливает в территориальной программе отдельные нормативы объема для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, раздельно по источникам финансового обеспечения, которые с учетом фактической потребности в специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи и реальной возможности предоставления ее в условиях дневного стационара (наличие в медицинской организации соответствующей материально-технической базы, в том числе специального медицинского оборудования, внедрения современных специальных методов диагностики и лечения, сложных медицинских технологий, соответствующей профессиональной подготовки медицинского персонала, а также территориально удаленности от места постоянного проживания и транспортной (пешей) доступности медицинской организации для населения) могут быть обоснованно выше или ниже средних нормативов Программы.

При наличии показаний специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь предоставляется участнику специальной военной операции во внеочередном порядке. При этом участник специальной военной операции имеет преимущественное право на пребывание в одноместной или двухместной палате (при наличии) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях устанавливаются территориальные дифференцированные нормативы случаев госпитализации (законченных случаев лечения в стационарных условиях) раздельно по уровням медицинских организаций.

Рекомендуемые показатели числа случаев госпитализации, средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях (дней) и числа койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных лиц по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (зарегистрировано в Минюсте России 4 июня 2012 г. № 24440) (далее - приказ Минздравсоцразвития России № 555н) представлены в приложении 12 к настоящим разъяснениям.

При планировании объема специализированной медицинской помощи следует

учитывать возможность ее оказания в медицинских организациях как на территории страхования, так и вне территории страхования согласно приложению 13 к настоящим разъяснениям.

Если половозрастная структура населения (застрахованных лиц) в субъекте Российской Федерации отличается от среднероссийской, в территориальной программе необходимо скорректировать объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в разрезе отдельных профилей с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе особенности возрастного состава населения субъекта Российской Федерации.

Поправочные коэффициенты рассчитываются путем деления удельного веса (в % или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения субъекта Российской Федерации на соответствующие показатели по Российской Федерации.

Например, если в структуре застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации дети составляют 19,5% и взрослые 80,5%, то поправочные коэффициенты составят: 0,9286 для детского (19,5 / 21,0 = 0,9286) и 1,0190 для взрослого населения (80,5 / 79,0 = 1,0190).

Справочно: в структуре застрахованных лиц в Российской Федерации дети составляют - 21,0%, взрослые - 79,0% (для обоснования территориальной программы ОМС).

Скорректированное число случаев госпитализации определяется как отношение скорректированного числа койко-дней к средней длительности пребывания одного пациента в медицинской организации в стационарных условиях.

Пример расчета, скорректированного с учетом поправочных коэффициентов числа койко-дней, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Пример коррекции объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по профилю «кардиология», в субъекте Российской Федерации

Показатель	Рекомендуемое число койко-дней на 1000 жителей/застрахованных		
	в том числе для:		Всего
	взрослых	детей	

Рекомендуемое число койко-дней	97,612	3,757	101,369
Поправочный коэффициент	1,0190	0,9286	-
Скорректированное число койко-дней	99,467	3,489	102,889

Скорректированное число случаев госпитализации по профилю «кардиология» составляет: 102,889 / 10,8 = 9,53 случая госпитализации на 1000 застрахованных.

В субъекте Российской Федерации может применяться более детальная группировка населения (застрахованных лиц) по возрастным группам.

Корректировка объема медицинской помощи проводится также с учетом заболеваемости населения субъекта Российской Федерации с использованием как отчетных данных, так и результатов специальных исследований. По данным медицинской статистики за предыдущий год анализируются состав пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях, и число проведенных ими койко-дней в разрезе профилей медицинской помощи. В результате определяется объем медицинской помощи в стационарных условиях по профилям медицинской помощи в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России № 555н.

Объем медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, корректируется по каждому профилю медицинской помощи, затем путем суммирования определяются нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одного жителя/одно застрахованное лицо.

Установленные территориальной программой нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях могут быть обоснованно более высокими, чем соответствующие средние нормативы объема медицинской помощи, установленные Программой, с учетом уровня заболеваемости населения, демографических особенностей населения региона, климатических и географических особенностей региона, уровня транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации и других факторов.

Планирование объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в целях обеспечения ее доступности следует осуществлять с учетом более эффективного и рационального использования коечного фонда (перепрофилирования и реструктуризации коечного фонда, оптимизации показателей работы койки и др.), а не за счет необоснованного сокращения коек, в том числе развернутых на базе сельских участковых больниц.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования не содержат расходы на содержание неиспользуемого коечного фонда (за исключением простоя коек,

связанного с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий, а также расходов, связанных с оплатой труда медицинских работников, приобретением лекарственных средств (за исключением утилизированных лекарственных препаратов с истекшим сроком годности), расходных материалов, продуктов питания (за исключением списанных продуктов питания (испорченных, с истекшим сроком хранения и т.д.), и иных прямых расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи пациентам в стационаре).

Финансовое обеспечение содержания неиспользуемого коечного фонда не может осуществляться за счет средств обязательного медицинского страхования.

В целях планирования специализированной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, следует вести раздельный учет объема и финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара при оказании первичной специализированной медицинской помощи и специализированной медицинской помощи с учетом источников ее финансового обеспечения по профилям медицинской помощи, а также уровням медицинских организаций.

Специализированная медицинская помощь, оказываемая в дневном стационаре, являющемся структурным подразделением преимущественно круглосуточных стационаров, а также в ЦАОП и диспансерах включает в том числе проведение врачами-специалистами оперативных вмешательств и лечение заболеваний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий.

Приложением № 2 к Программе определены средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема специализированной медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С, оказываемой медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) в условиях дневного стационара за счет средств ОМС на 2026 - 2028 годы, в соответствии с которыми субъекты Российской Федерации устанавливают в территориальных программах ОМС соответствующие территориальные нормативы.

При этом указанные территориальные нормативы должны быть установлены при обязательном условии сохранения объема финансового обеспечения лечения хронического вирусного гепатита С в дневном стационаре на уровне не ниже показателей 2025 года, с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости хроническим вирусным гепатитом С, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климато-географическими особенностями региона.

Объемы медицинской помощи по хроническому вирусному гепатиту С в дневном стационаре планируются и устанавливаются по пациентам, включенным в Федеральный регистр лиц с вирусными гепатитами (ФРВГ).

В соответствии с клиническими рекомендациями «Хронический вирусный гепатит С у взрослых» лечение пациентов с хроническим вирусным гепатитом С

осуществляется врачами-инфекционистами, а также врачами-гастроэнтерологами, терапевтами и врачами общей практики (семейными врачами).

Учитывая значительное увеличение планового числа пациентов с ХВГС, которые получат полный курс лечения в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в 2026–2030 годах, необходимо при распределении объемов предоставления медицинской помощи предусмотреть возможность выделения объемов для лечения пациентов с ХВГС медицинским организациям, имеющим в структуре койки дневного стационара по профилям медицинской помощи: инфекционные болезни, терапия, гастроэнтерология.

В соответствии с клиническими рекомендациями по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий, результаты лечения должны быть подтверждены лабораторными исследованиями. Очное пребывание пациента в условиях дневного стационара при этом должно быть не менее 2 дней, включая день госпитализации и день выписки. Прием врача с использованием телемедицинских и (или) дистанционных технологий осуществляется при наличии показаний.

В целях нивелирования риска недостижения мероприятия (результата) «Достигнут устойчивый вирусологический ответ у пациентов хроническим вирусным гепатитом С, завершивших курс противовирусной терапии» противовирусная терапия пациентам с ХВГС должна назначаться решением врачебной комиссии, в состав которой входит врач-инфекционист или врач-гастроэнтеролог с опытом этиотропной терапии гепатита С.

Расчет экономического обоснования программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов предусматривает два визита к врачу пациентов с ХВГС при лечении в условиях дневного стационара.

Данная категория пациентов зачастую имеет большой спектр сопутствующих заболеваний, с которыми в период получения противовирусной терапии обращаются к врачам других специальностей, что при осуществлении контроля страховыми медицинскими организациями является причиной применения штрафных санкций к медицинским организациям и снятия счетов с оплаты.

Вместе с тем в соответствии с пунктом 2.8 Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) (приложение к Порядку проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденному приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н), основанием для отказа в оплате или уменьшения оплаты является необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях

дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара, за исключением дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях.

Предоставление счетов за лечение пациента с ХВГС в дневном стационаре, если в период между двумя приемами у врача он получал иную медицинскую помощь в системе ОМС в связи с наличием медицинских показаний, является обоснованным.

При этом в случае пересечения сроков лечения в условиях ОМС в разных медицинских организациях оплачиваются оба случая, подлежащие медико-экономической экспертизе. Источником финансового обеспечения оказания медицинской помощи по хроническому вирусному гепатиту С больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным пациентам в медицинских организациях, осуществляющих свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, являются средства обязательного медицинского страхования.

Подушевые расходы на оказание специализированной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание этого вида медицинской помощи в стационарных условиях и подушевые расходы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара.

Указанные подушевые расходы для медицинской помощи, оказываемой стационарно, рассчитываются как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и норматива объема медицинской помощи, для медицинской помощи в условиях дневного стационара - как произведение соответствующих расчетных показателей.

В рамках подушевых нормативов финансового обеспечения территориальной программы за счет бюджетных ассигнований соответствующего бюджета и средств ОМС субъект Российской Федерации может устанавливать дифференцированные нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара с учетом особенностей половозрастного состава и плотности населения, транспортной доступности, уровня и структуры заболеваемости населения, а также климатических и географических особенностей регионов.

Финансовое обеспечение оказания специализированной медицинской помощи включает расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, указанные расходы рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в стационарных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа случаев госпитализации по профилям медицинской помощи как произведение соответствующего числа случаев госпитализации на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов медицинской помощи

как произведение размера финансовых затрат на один случай госпитализации по профилям медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число случаев госпитализации;

- суммирование расходов.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

б) в условиях дневного стационара:

расчет расходов на оказание специализированной медицинской помощи определяется как произведение стоимости одного случая лечения в дневном стационаре при оказании специализированной медицинской помощи на планируемое абсолютное число случаев лечения.

Расходы на оказание специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего показателя подушевых расходов на численность жителей/застрахованных лиц.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание специализированной медицинской помощи (в том числе в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), в общих расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетные ассигнования соответствующих бюджетов и средства ОМС) и в целом по территориальной программе.

Территориальной программой ОМС устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «онкология», которые могут быть обоснованно выше или ниже соответствующих средних нормативов, установленных Программой, с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости злокачественными новообразованиями, долей пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленными на ранних и поздних стадиях заболевания, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климато-географическими особенностями региона.

Нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология» включают объемы медицинской помощи и финансовые затраты, оказываемые застрахованным лицам вне территории страхования, которые необходимо планировать и учитывать при формировании нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС.

В территориальной программе устанавливается перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, который включает в том числе препараты для проведения химиотерапии.

Средние нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «онкология», утвержденные Программой, включают случаи лечения пациентов (взрослые и дети) со злокачественными новообразованиями (C00 - C97), новообразованиями in situ (D00 - D09) и отдельными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей (D45 - D47), в том числе в рамках оказания - ВМП.

Другие случаи госпитализации пациента с диагнозами C00 - C97, D00 - D09 и D45 - D47 в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования, случаи лечения при злокачественных новообразованиях без специального противоопухолевого лечения, а также случаи лечения лучевых повреждений включаются в нормативы объема медицинской помощи по профилю «онкология» в случае, если госпитализация осуществлялась на специализированную койку по профилю «онкология» или «гематология» (в части лечения злокачественных новообразований лимфоидной и кроветворной тканей) по заключению врачебного консилиума с участием врачей-онкологов и радиотерапевта или врача-гематолога для случаев соответствующего профиля.

Объемы медицинской помощи в диагностических целях с постановкой или подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием - ПЭТ/КТ планируются и осуществляются в амбулаторных условиях.

Рекомендуемое распределение объемов медицинской помощи по ПЭТ-КТ и ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия на 1 застрахованное лицо по субъектам Российской Федерации в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования представлено в приложении 17 к Письму.

Лекарственное обеспечение данной категории пациентов осуществляется в соответствии с законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, в том числе за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (с учетом норм, касающихся запрета на выписку рецептов на лекарственные препараты, которые в соответствии с инструкцией по медицинскому применению используются только в медицинских организациях, установленных приказом Минздрава России от 24 ноября 2021 г. № 1094н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения, форм бланков рецептов, содержащих назначение наркотических средств или психотропных веществ, Порядка их изготовления, распределения, регистрации, учета и хранения, а также Правил оформления бланков рецептов, в том числе в форме электронных документов» (зарегистрировано в Минюсте России 30 ноября 2021 г. № 66124).

Приложением № 1 к Программе утвержден перечень видов ВМП, который содержит в том числе методы лечения и источники ее финансового обеспечения (далее - Перечень видов ВМП).

Финансовое обеспечение оказания высокотехнологичной медицинской помощи по разделу I Перечня видов ВМП, содержащего виды ВМП, включенные в базовую

программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС и осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленным Программой.

При установлении субъектами Российской Федерации средней стоимости единиц объема ВМП по группам видов (методов) согласно разделу II Перечня видов ВМП, не включенных в базовую программу, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих и субсидий бюджетам субъектов Российской Федерации из федерального бюджета на софинансирование расходов, возникающих при оказании ВМП медицинскими организациями, подведомственными исполнительным органам субъектов Российской Федерации, субъекты Российской Федерации могут дифференцировать установленные Программой средние нормативы финансовых затрат на единицу объема ВМП по разделу II Перечня видов ВМП, с учетом особенностей организации и оказания ВМП в субъекте Российской Федерации, в том числе набора оказываемых видов и методов, оснащения медицинских организаций, наличия медицинского оборудования, квалификации медицинского персонала и других факторов.

При распределении объемов ВМП в рамках территориальной программы ОМС необходимо учитывать реальную потребность в оказании указанной медицинской помощи с учетом фактических показателей и потребности по профилям оказания медицинской помощи, являющимся основными причинами смертности, а также влияющими на увеличение продолжительности жизни, в частности по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия», «Онкология», «Травматология и ортопедия».

Следует особое внимание уделить планированию объемов ВМП исходя из сложившейся структуры распределения госпитализаций за предыдущие периоды и прогнозируемой заболеваемостью, кроме того, необходимо обеспечить корректное планирование распределения объемов ВМП в разрезе медицинских организаций, учитывая оказание ВМП в медицинских организациях разной подведомственности и разной формы собственности.

Также необходимо учесть при распределении объемов ВМП в рамках территориальной программы ОМС изменения (по сравнению с 2025 годом) источников финансового обеспечения отдельных видов ВМП, предусмотренных приложением № 1 к Программе, предусматривающие перевод из раздела II Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, не включенной в базовую программу) в раздел I Перечня видов ВМП (перечень видов ВМП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС) 1 метода ВМП по профилю медицинской помощи «Трансплантация».

При этом следует обеспечить своевременное внесение изменений в плановые показатели распределения объемов ВМП.

Объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара по отдельным видам операций по профилю «сердечно-сосудистая хирургия», включают в себя:

Выделенная группа	Объемы медицинской помощи по группам ВМП, КСГ и услугам (2026)
Стентирование коронарных артерий медицинскими организациями	- группы 48-50[1] ВМП I; - st25.013 «Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.014 «Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.015 «Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (с подъемом сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.016 «Баллонная вазодилатация с установкой 1 стента в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.017 «Баллонная вазодилатация с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.018 «Баллонная вазодилатация с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды) (без подъема сегмента ST электрокардиограммы)»; - st25.019 «Ишемическая болезнь сердца с установкой 1 стента в сосуд (сосуды)»; - st25.020 «Ишемическая болезнь сердца с установкой 2 стентов в сосуд (сосуды)»; - st25.021 «Ишемическая болезнь сердца с установкой 3 стентов в сосуд (сосуды)».
Имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора	- st25.022 «Имплантация частотно-адаптированного однокамерного кардиостимулятора»; - группа 52 «Эндоваскулярная, хирургическая

[1] группа 48 - Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (1 стент);
группа 49 - Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (2 стента);
группа 50 - Коронарная ангиопластика со стентированием в сочетании с применением внутрисосудистой визуализации и (или) оценки гемодинамической значимости стеноза по данным физиологической оценки коронарного кровотока (3 стента).

взрослым	коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора» ВМП I; - метод - «имплантация частотно-адаптированного трехкамерного кардиостимулятора» группы 62 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора» ВМП I.
Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	- группа 61 «Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца» ВМП I; - группа 62 «Эндоваскулярная, хирургическая коррекция нарушений ритма сердца без имплантации кардиовертера-дефибриллятора» ВМП I без учета объемов по методу - «имплантация частотно-адаптированного трехкамерного кардиостимулятора»; - группа 64 «Эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца».
Оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия)	- метод «реконструктивные вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий» по группе 12 «Реконструктивные вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий» ВМП I; - медицинские услуги А16.12.008.004 «Эндартерэктомия из наружной сонной артерии», А16.12.008.009 «Эндартерэктомия с пластикой магистральных сосудов», А16.12.028.007 «Стентирование брахиоцефальных артерий» по КСГ - st25.010 «Операции на сосудах (уровень 3)»; - медицинские услуги А16.12.008 «Эндартерэктомия», А16.12.008.001 «Эндартерэктомия каротидная», А16.12.008.002 «Эндартерэктомия каротидная с пластикой», А16.23.034.012 «Локальный эндоваскулярный трансартериальный тромболизис» по КСГ - st25.011 «Операции на сосудах (уровень 4)» -медицинские услуги

	А16.12.026.005 «Транслюминальная баллонная ангиопластика внутренней сонной артерии со стентированием» А16.12.026.006 «Транслюминальная баллонная ангиопластика позвоночной артерии со стентированием» по КСГ st25.023 «Эндоваскулярная тромбэкстракция и стентирование брахиоцефальных артерий при остром ишемическом инсульте»

При условии отсутствия возможности проведения указанных объемов медицинской помощи и иных объемов медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации на территории страхования, указанные объемы планируются в рамках межтерриториальных расчетах и в федеральных медицинских организациях, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилю «онкология», включены случаи госпитализации в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического исследования и/или патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала, в том числе с применением дополнительных методов окрасок (постановок реакций, определений). Случаи госпитализации в диагностических целях в рамках оказания медицинской помощи по иным профилям (в том числе по профилю «терапия») не включаются в нормативы, установленные по профилю «онкология».

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ и разделом VII Программы территориальная программа должна содержать в том числе условия пребывания в медицинских организациях при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, включая предоставление спального места и питания, при совместном нахождении одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста 4 лет, а с ребенком старше указанного возраста - при наличии медицинских показаний (без взимания платы с указанных лиц за создание условий пребывания в стационарных условиях, в том числе за предоставление спального места и питания).

Также данная норма действует и в отношении: ребенка-инвалида, который в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и

(или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения), - независимо от возраста ребенка-инвалида. Оплата осуществляется по коэффициенту сложности лечения пациента в соответствии с приложением № 3 к Программе и с учетом Методических рекомендаций.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ и положениями Программы скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Территориальный норматив вызовов скорой медицинской помощи вне медицинской организации устанавливается с учетом транспортной доступности медицинских организаций, уровня развития транспортных путей постоянного действия, плотности населения в субъекте Российской Федерации, демографических особенностей населения региона и других факторов.

В рамках территориальной программы финансовое обеспечение оказания гражданам скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи осуществляется за счет:

а) средств ОМС (за исключением санитарно-авиационной эвакуации);

б) бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в части медицинской помощи, не включенной в территориальные программы ОМС, а также расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальных программах ОМС).

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС лицам, а также скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи при заболеваниях, не включенных в территориальную программу ОМС, и специализированной санитарно-авиационной эвакуации.

В рамках подушевого норматива финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов в территориальной программе устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на один вызов скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не включенной в территориальную программу ОМС, включая медицинскую эвакуацию, с учетом транспортной доступности медицинских организаций, плотности населения

и нуждаемости населения в санитарно-авиационной эвакуации.

Санитарно-авиационная эвакуация, осуществляемая воздушными судами, является работой (услугой) по транспортировке, указанные расходы не включены в базовую программу ОМС и осуществляются за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

Устанавливаемые субъектами Российской Федерации нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи включают в себя оказание медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарной эвакуации, осуществляемой наземным, водным и другими видами транспорта, а также авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, и устанавливаются субъектом Российской Федерации самостоятельно с учетом реальной потребности. При этом расходы на авиационные работы, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на реализацию федерального проекта "Совершенствование экстренной медицинской помощи", и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, не учитываются в предусмотренных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов", средних подушевых нормативах ее финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и не подлежат включению в стоимость территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Нормативы объема скорой медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на 1 вызов скорой медицинской помощи устанавливаются субъектом Российской Федерации.

Время доезда до пациента бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме в отдельных административно-территориальных единицах субъекта Российской Федерации может превышать 20 минут с учетом транспортной доступности медицинских организаций, плотности населения, а также климатических и географических особенностей, что должно быть установлено территориальной программой.

Объем скорой медицинской помощи, оказываемой станциями (подстанциями) скорой медицинской помощи, структурными подразделениями медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы ОМС, вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), по базовой программе определяется исходя из среднего норматива объема скорой медицинской помощи, установленного Программой на 2026 год (0,261 вызова на одно

застрахованное лицо), и численности застрахованных лиц.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам в амбулаторных и стационарных условиях (в отделениях скорой медицинской помощи поликлиник, больниц, больниц скорой медицинской помощи, работающих в системе ОМС, по заболеваниям (состояниям), входящим в базовую программу), оплачивается за счет средств ОМС и включается в объем посещений и/или случаев госпитализации по территориальной программе ОМС.

При проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других) оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи в экстренной форме медицинскими работниками выездных бригад скорой медицинской помощи медицинской организации, в том числе в транспортном средстве, при заболеваниях, включенных в базовую программу, осуществляется за счет средств ОМС.

Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, ведут учет средств, предоставляемых на оплату скорой медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС, а также учет расходов, включая расходы на оплату труда работников, оказывающих скорую медицинскую помощь. Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи не допускается.

Оказание застрахованным лицам скорой медицинской помощи медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения финансируется за счет средств ОМС при условии их включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

Подушевые расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются как произведение территориального норматива финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи вне медицинской организации на территориальный норматив объема указанной медицинской помощи.

Расходы на оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации рассчитываются раздельно по источникам финансового обеспечения территориальной программы в соответствии со следующим алгоритмом:

- расчет планируемого (абсолютного) числа вызовов скорой медицинской помощи как произведение норматива вызовов на численность жителей/застрахованных лиц;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов скорой медицинской помощи как произведение территориального норматива финансовых затрат на один

вызов на планируемое (абсолютное) число вызовов скорой медицинской помощи.

Медицинские организации, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства обязательного медицинского страхования, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в общих расходах на территориальную программу в разрезе источников финансового обеспечения (бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и средств ОМС) и в целом по территориальной программе.

Медицинская реабилитация

В составе подушевого норматива финансирования за счет средств ОМС отдельно выделены подушевые нормативы финансирования по профилю «Медицинская реабилитация», установлены нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» по всем условиям оказания медицинской помощи.

Таким образом, за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС устанавливаются территориальные нормативы по профилю «Медицинская реабилитация»:

- комплексных посещений в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»;

- случаев лечения в условиях дневных стационаров;

- специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара.

Обеспечение консультативно-методического сопровождения и контроля за проведением медицинской реабилитации, в том числе на дому, осуществляется с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий.

Территориальным фондам ОМС следует осуществлять отдельный учет случаев оказания медицинской реабилитации в разрезе условий и форм ее оказания, а также учета пациентов, получивших медицинскую реабилитацию с учетом ее этапности.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам специальной военной операции также во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными настоящей Программой, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по

соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация, предоставляемая участнику специальной военной операции, при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более).

Объемы проведения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях (третий этап) измеряются комплексными посещениями и включают набор необходимых консультаций специалистов, проведение методов реабилитации, определенных индивидуальными программами реабилитации.

Норматив объема оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и средние нормативы финансовых затрат включают проведение ранней реабилитации при оказании медицинской кардиореабилитации (5 баллов ШРМ) и медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы (5 - 6 баллов ШРМ).

Показаниями к направлению на реабилитацию являются нарушения структур и функций организма в сочетании с нарушениями активности и участия, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами на основании МКФ, приводящие к ограничению не менее 1-2-х баллов, не менее чем по двум функциональным или структурным доменам, в сочетании с не менее, чем одним нарушением основных категорий жизнедеятельности (активности и участия) человека не менее 2-х баллов в их различных сочетаниях.

При планировании объемов медицинской реабилитации следует учитывать, в том числе следующие профили:

1) заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани (боль в нижней части спины; остеоартрит; ревматоидный артрит; саркопения; переломы; ампутации);

2) заболевания нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения; болезнь Паркинсона; черепно-мозговая травма; спинномозговая травма; церебральный паралич; деменция);

3) заболевания системы кровообращения и органов дыхания (ишемическая болезнь сердца; хроническая обструктивная болезнь легких);

4) нарушения развития центральной нервной системы (расстройства аутистического спектра; нарушения умственного развития);

5) заболевания органов чувств (нарушения функций зрительного аппарата; нарушения функций органа слуха);

6) онкологические заболевания (злокачественные новообразования).

Тяжесть развившихся нарушений и ограничений жизнедеятельности определяется в соответствии с ШРМ (приложение 1 приказа Минздрава России от 31.07.2020г. №788н).

Финансирование мероприятий по медицинской реабилитации должно учитывать возможность качественной реализации данного вида помощи в субъекте и

стимулировать ее развитие.

Исходя из проведенного НМИЦ ЛРЦ МЗ РФ анализа структуры госпитализаций на медицинскую реабилитацию рекомендуемое соотношение распределения объемов оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации следующее (% от выписанных из профильных отделений МСП, направленных из поликлиники (ПМП, ПСМП)):

1. пациенты с заболеваниями ЦНС:

- круглосуточный стационар – 30%;

- дневной стационар – 25%;

- амбулаторные условия – 45%.

2. пациенты с заболеваниями ПНС и КМС, в т.ч. в связи с ампутациями:

- круглосуточный стационар – 25%;

- дневной стационар – 20%;

- амбулаторные условия – 55%.

3. пациенты с соматическими заболеваниями, в т.ч. после Covid-19:

- круглосуточный стационар – 22%;

- дневной стационар – 23%;

- амбулаторные условия – 55%.

Для регионов с низкой транспортной доступностью, отсутствием достаточного количества отделений медицинской реабилитации круглосуточного стационара, низкой организацией медицинской реабилитации в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара доля нормативов оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации на 2 и 3 этапе рекомендуется в следующем соотношении:

- круглосуточный стационар – 26%;

- дневной стационар – 23%;

- амбулаторные условия – 51%.

Медицинская реабилитация предоставляется участникам специальной военной операции во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными Программой, в том числе в амбулаторных условиях и на дому. При оказании медицинской реабилитации на дому на период лечения пациенту предоставляются медицинские изделия, предназначенные для восстановления функций органов и систем, в соответствии с клиническими рекомендациями по соответствующему заболеванию. Медицинская реабилитация, предоставляемая участнику специальной военной операции, при наличии медицинских показаний может включать продолжительную медицинскую реабилитацию (длительностью 30 суток и более). Особое внимание субъектам Российской Федерации следует уделить требованиям, утвержденным Разделом VII Программы, в том числе установить порядок оказания медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», для чего

необходимо сформировать перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность по медицинской реабилитации в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара и амбулаторных условиях, на территории субъекта Российской Федерации, предусмотрев, с учетом реальной потребности населения и обеспечения своевременности и доступности оказания медицинской помощи по данному профилю, участие федеральных медицинских организаций, в том числе подведомственных Социальному фонду России.

Паллиативная медицинская помощь

В соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, и в условиях дневного стационара, стационарных условиях, устанавливаются территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому, включающие нормативы объема для паллиативной медицинской помощи при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами.

В соответствии с приложением № 2 к Программе устанавливаются территориальные нормативы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (посещения по первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной (включая ветеранов боевых действий)), включающие нормативы объема для паллиативной медицинской помощи при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами, а также в условиях круглосуточного стационара (число койко-дней). В нормативах посещений на дому выездными патронажными бригадами и паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода), в том числе ветеранам боевых действий, выделены отдельные соответствующие нормативы для детского населения. Нормативы для паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара с учетом потребности населения и региональных особенностей устанавливаются субъектами Российской Федерации самостоятельно.

При формировании территориальных программ нормативы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе при осуществлении посещений на дому выездными патронажными бригадами, должны быть обоснованы с учетом реальной потребности, обусловленной региональными особенностями, в том числе уровнем и структурой заболеваемости и смертности населения, половозрастной структурой населения, долей сельского населения, транспортной доступностью медицинских организаций, плотностью населения, а также климато-географическими особенностями региона. При этом в субъекте Российской Федерации недопустимо снижение достигнутого за предыдущий период объема оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому.

При этом согласно сноске «6» приложения № 2 к Программе посещения по паллиативной медицинской помощи в том числе посещения на дому патронажными бригадами включены в нормативы объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, а случаи паллиативного лечения в дневном стационаре - в нормативы объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в сноске «4» там же).

С 2026 года посещения по паллиативной медицинской помощи, в том числе посещения на дому патронажными бригадами, исключены из нормативов объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и предусмотрены в приложении № 2 к Программе как самостоятельные средние нормативы объема паллиативной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе на дому (сноска 7 там же).

В то же время, согласно приложению № 2 к Программе случаи паллиативного лечения в дневном стационаре учтены в средних нормативах объема медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, что указано в сноске 5 к этому приложению.

Территориальной программой устанавливаются территориальные нормативы финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе на дому (за исключением посещений на дому выездными патронажными бригадами), и на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами. Территориальный норматив финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом посещений на дому выездными патронажными бригадами может быть рассчитан как средневзвешенная величина вышеуказанных нормативов финансовых затрат.

Территориальный норматив финансовых затрат на одно посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты, приобретение лекарственных препаратов и материалов, применяемых в медицинских целях, транспортные услуги, прочие статьи расходов. Указанный норматив не включает расходы на оплату социальных услуг, оказываемых социальными работниками, и расходы для предоставления на дому медицинских изделий.

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь, и их подразделения обеспечиваются необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, а также медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека для использования на дому, по перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Российской Федерации, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

Территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях, включающие объем этой медицинской помощи на койках паллиативной медицинской помощи и койках сестринского ухода, могут устанавливаться с учетом рекомендуемых коэффициентов дифференциации объема медицинской помощи, представленных в приложении 4 к настоящим разъяснениям.

Нормативы объема для паллиативной медицинской помощи, предоставляемой в хосписах и больницах сестринского ухода, включают в себя медико-психологическое консультирование и психологические рекомендации по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам и их родственникам.

Рекомендуется предусмотреть территориальные нормативы объема для паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях отдельно для этой помощи на койках паллиативной медицинской помощи и на койках сестринского ухода.

Также следует предусмотреть за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов территориальные нормативы финансовых затрат на один койко-день отдельно для коек паллиативной медицинской помощи и для коек сестринского ухода в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих паллиативную медицинскую помощь в стационарных условиях.

В территориальной программе могут быть установлены территориальные нормативы объема и финансового обеспечения единицы объема для паллиативной медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

Подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи включают подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях и подушевые расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов).

Указанные подушевые расходы рассчитываются как произведение соответствующих нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и нормативов объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение оказания паллиативной медицинской помощи включают расходы на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов) и рассчитываются в соответствии со следующим алгоритмом:

а) в амбулаторных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа посещений для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому (без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами посещений), как произведение соответствующего установленного норматива объема на численность жителей;

- расчет планируемого (абсолютного) числа посещений для паллиативной

медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами посещений как произведение соответствующего норматива объема на численность жителей;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов посещений для паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому (без учета посещений на дому выездными патронажными бригадами посещений), как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов посещений для паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами посещений как произведение соответствующего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи на планируемое (абсолютное) число единиц объема медицинской помощи;

- суммирование расходов.

б) в стационарных условиях:

- расчет планируемого (абсолютного) числа койко-дней по паллиативной медицинской помощи как произведение установленного норматива койко-дней на численность жителей;

- расчет расходов для выполнения планируемых объемов паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях как произведение размера финансовых затрат на один койко-день на планируемое (абсолютное) число койко-дней по паллиативной медицинской помощи.

Расходы соответствующих бюджетов на оказание паллиативной медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара (при наличии соответствующих территориальных нормативов) также могут быть рассчитаны как произведение соответствующего подушевого показателя финансирования на численность жителей.

На заключительном этапе осуществляется расчет и оценка доли расходов на оказание паллиативной медицинской помощи (в том числе в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара) в общих расходах на оказание паллиативной медицинской помощи в рамках территориальной программы.

В случае если участник специальной военной операции признается медицинской организацией нуждающимся в оказании паллиативной медицинской помощи, такая помощь предоставляется ему во внеочередном порядке в соответствии с положениями, установленными настоящей Программой. При организации паллиативной медицинской помощи на дому за участником специальной военной операции закрепляется выездная паллиативная бригада, осуществляющая выезд к такому пациенту на дом с частотой не реже 1 раза в неделю и по медицинским показаниям.

Медицинские организации и их подразделения при наличии показаний обеспечивают участника специальной военной операции медицинскими изделиями, предназначенными для поддержания функций органов и систем организма человека

для использования на дому, по перечню, утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также необходимыми лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, используемыми при посещениях на дому, и продуктами лечебного (энтерального) питания.

Санаторно-курортное лечение

Санаторно-курортное лечение включает в себя медицинскую помощь, осуществляемую медицинскими организациями (санаторно-курортными организациями) в профилактических, лечебных и реабилитационных целях на основе использования природных лечебных ресурсов, в том числе в условиях пребывания в лечебно-оздоровительных местностях и на курортах.

Санаторно-курортное лечение осуществляется при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний для санаторно-курортного лечения, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации, которые определяются лечащим врачом по результатам анализа объективного состояния здоровья, данных предшествующего медицинского обследования и лечения (со сроком давности проведения не более 1 месяца до дня обращения гражданина к лечащему врачу).

Санаторно-курортное лечение направлено на:

активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний, оздоровления;

восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний, уменьшение количества обострений, удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

Оздоровление в рамках санаторно-курортного лечения представляет собой совокупность мероприятий, направленных на охрану и укрепление здоровья граждан, и осуществляется в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации. В целях оздоровления граждан санаторно-курортными организациями на основании рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации разрабатываются программы оздоровления, включающие сочетание воздействия на организм человека природных лечебных факторов (включая грязелечение и водолечение) и мероприятий, связанных с физическими нагрузками, изменением режима питания, физического воздействия на организм человека.

При организации санаторно-курортного лечения федеральными санаторно-курортными организациями в рамках государственного задания решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается федеральной санаторно-

курортной организацией в ходе взаимодействия с медицинской организацией, установившей показания к санаторно-курортному лечению, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с использованием информационно-коммуникационных технологий.

В случае если санаторно-курортное лечение оказывается на базе структурного подразделения федеральной медицинской организации и на эти цели федеральной медицинской организации выделяется государственное задание в установленном порядке, решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается решением врачебной комиссии этой организации. Согласование такого решения с федеральным органом исполнительной власти, в ведении которого находится эта федеральная медицинская организация, не требуется.

Если показания к санаторно-курортному лечению установлены по результатам оказания гражданину специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, то решение о выдаче путевки на санаторно-курортное лечение принимается федеральной санаторно-курортной организацией за 7 дней до выписки гражданина из медицинской организации, оказавшей специализированную или высокотехнологичную медицинскую помощь.

В ходе санаторно-курортного лечения гражданин вправе пройти обследование по выявлению факторов риска развития заболеваний (состояний) и получить рекомендации по ведению здорового образа жизни и принципам здорового питания.

Особенности формирования территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов осуществляется:

а) финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной:

в экстренной форме не застрахованным и не идентифицированным в системе ОМС гражданам при заболеваниях и состояниях, входящих в базовую программу ОМС, медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, включенными в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы;

гражданам при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу, в том числе консультирование застрахованных лиц по указанным заболеваниям (в рамках государственных (муниципальных) заданий);

в специализированных медицинских организациях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация» при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС;

финансовое обеспечение санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, а также авиационных работ при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами;

б) оказание ненормируемой медицинской помощи и предоставление иных государственных и муниципальных услуг (работ), в соответствии с разделом V Программы, а также в случае применения телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи;

в) обеспечение туберкулином в целях проведения туберкулинодиагностики;

г) обеспечение иммунобиологическими препаратами (вакцинами и сыворотками) в целях проведения профилактических прививок в рамках календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям;

д) проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатального скрининга на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

е) генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

Территориальный подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов включает расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь при заболеваниях и состояниях, не входящих в базовую программу, в части финансирования текущей деятельности, текущего ремонта, приобретения основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь). При этом инвестиционные расходы на строительство и реконструкцию объектов здравоохранения, приобретение дорогостоящего оборудования, включенного в проектно-сметную документацию, расходы на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы на демонтаж зданий и сооружений не включаются в указанный территориальный подушевой норматив финансирования, установленный территориальной программой.

Расходы соответствующих бюджетов на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения», федеральных проектов национального проекта «Продолжительная и активная жизнь», в том числе Федерального проекта «Здоровье для каждого», в части инвестиционных расходов на развитие материально-технической базы медицинских организаций, обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами, создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ), а также выплаты социального

характера медицинским работникам не включаются в подушевой норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов, установленный территориальной программой.

За счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места их фактического проживания до места получения медицинской помощи методом заместительной почечной терапии и обратно, а также в рамках мер социальной поддержки отдельных категорий граждан. Категории граждан, подлежащих транспортировке для проведения заместительной почечной терапии, и порядок ее организации рекомендуется устанавливать в территориальной программе.

Финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, в амбулаторных условиях и условиях дневных стационаров, врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами и специалистами по социальной работе, осуществляется за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов.

При включении в территориальную программу ОМС медицинской помощи по поводу заболеваний, не входящих в базовую программу ОМС, в дополнение к базовой программе, финансовое обеспечение консультаций пациентов, получающих медицинскую помощь при заболеваниях, включенных в базовую программу ОМС, врачами-фтизиатрами, врачами-психиатрами, врачами-психиатрами-наркологами, врачами-инфекционистами центра профилактики и борьбы со СПИДом осуществляется за счет средств ОМС в пределах средств межбюджетного трансферта, переданных из бюджета субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемая сверх базовой программы ОМС в порядке, установленном территориальной программой.

Разделом V Программы установлено, что проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств ОМС.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патологоанатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей клинико-статистической группе заболеваний/состояний.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патологоанатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по отдельным тарифам, предусмотренным в тарифном соглашении субъекта Российской Федерации для проведения межучрежденческих взаиморасчетов.

Субъекты Российской Федерации вправе установить в территориальных программах территориальные нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией с учетом рекомендаций по их расчетам.

Для этого следует провести анализ уровня заболеваемости и распространенности данной болезни, уровня госпитализации пациентов, объема медицинской помощи, предоставляемой пациентам с ВИЧ-инфекцией в дневных стационарах в динамике за 3 - 5 лет, предшествующих планируемому периоду, и рассчитывается средний показатель объема медицинской помощи на душу населения, который берется за основу соответствующего территориального норматива объема медицинской помощи, устанавливаемого территориальными программами.

Осуществляется оценка ресурсного обеспечения, включая имеющуюся сеть медицинских организаций, кадры, в целях реализации установленных Программой сроков ожидания медицинской помощи, с учетом плотности населения, климатических, географических особенностей региона и транспортной доступности медицинских организаций, что в дальнейшем необходимо учитывать при распределении объема медицинской помощи, оказываемой пациентам с ВИЧ-инфекцией, между медицинскими организациями субъектов Российской Федерации.

Особенности формирования территориальной программы ОМС

Территориальная программа ОМС должна содержать следующие разделы:

1) виды, условия и формы оказания медицинской помощи, оказываемые за счет средств ОМС, с выделением видов, условий и форм оказания медицинской помощи, установленных дополнительно к базовой программе;

2) перечень заболеваний и состояний, медицинская помощь при которых оказывается по территориальной программе ОМС, с указанием перечней заболеваний и состояний, включенных дополнительно к базовой программе;

3) нормативы объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, а также подушевые нормативы финансирования медицинской помощи (за исключением нормативов, предусмотренных для медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями в рамках базовой программы), с выделением нормативов по медицинской помощи, установленной сверх базовой программы, в том числе оказываемой федеральными медицинскими организациями;

4) способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, в разрезе условий оказания и видов медицинской помощи;

5) структуру тарифов на оплату медицинской помощи;

6) порядок проведения в субъекте Российской Федерации профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе углубленной, и диспансерного наблюдения застрахованных лиц, в том числе в выходные дни и в вечернее время;

7) порядок предоставления медицинской помощи по всем видам ее оказания ветеранам боевых действий, принимавшим участие (содействовавшим выполнению задач) в специальной военной операции, уволенным с военной службы (службы, работы).

Ежемесячное авансирование страховых медицинских организаций и медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, может осуществляться по заявкам страховых медицинских организаций и медицинских организаций в пределах годового объема финансового обеспечения предоставления медицинской помощи по ОМС, распределенного решением комиссии по разработке территориальной программы ОМС в размере одной двенадцатой годового объема, а также более одной двенадцатой годового объема, но не более суммы затрат на приобретение основных средств и материальных запасов за счет средств ОМС в 2025 году в случае отсутствия просроченной кредиторской задолженности по состоянию на 1-е число месяца, предшествующего месяцу авансирования медицинской организации.

При установлении в территориальной программе ОМС дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой, подушевой норматив финансирования устанавливается отдельно от подушевого норматива финансирования в рамках базовой программы и указывается в текстовой части территориальной программы.

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС, установленный Программой, включает в том числе:

- расходы на оказание медицинской помощи в рамках базовой программы;

- расходы на ведение дела в сфере ОМС;

- финансовое обеспечение мероприятий по диспансеризации определенных групп населения, диспансерному наблюдению, профилактическим медицинским осмотрам в соответствии с порядками, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- расходы на финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных

условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Объем медицинской помощи, подлежащий оплате за счет средств ОМС, и соответствующие ему финансовые средства отражаются в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям.

Включенные в территориальную программу ОМС дополнительно к базовой программе виды медицинской помощи, условия оказания медицинской помощи и связанное с ними страховое обеспечение указываются отдельно от установленных базовой программой.

За счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации осуществляется финансовое обеспечение объемов медицинской помощи, превышающих объемы, установленные в территориальной программе ОМС, в размере, превышающем размер субвенций, предоставляемых из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов ОМС.

В целях рационального использования остатков средств медицинских организаций и в соответствии с частью 7.1 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ в текстовой части территориальной программы ОМС указывается перечень направлений использования средств обязательного медицинского страхования медицинскими организациями, подведомственными органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения, и медицинскими организациями частной системы здравоохранения (после завершения участия медицинской организации в реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования на соответствующий год при условии исполнения всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и отсутствии у этих медицинских организаций просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда).

При этом в указанном перечне не должны содержаться направления средств на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также

на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования).

Объемы предоставления медицинской помощи, установленные по территориальной программе ОМС субъекта Российской Федерации, в котором застрахованным лицам выдан полис ОМС, включают в себя объемы предоставления им медицинской помощи вне территории страхования этого субъекта Российской Федерации (информация согласно приложению 13 к настоящим разъяснениям представляется в Федеральный фонд).

При этом учитывается реальная потребность в оказании медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи, отдаленность от территории страхования, транспортная доступность, климато-географические факторы.

Направление в медицинские организации, расположенные за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи по территориальной программе ОМС, на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме выдается лечащим врачом медицинской организации, которую гражданин выбрал, в том числе по территориально-участковому принципу, и в которой проходит диагностику и лечение в рамках получения первичной медико-санитарной помощи, или в которой гражданин получает специализированную медицинскую помощь при необходимости перевода в другую медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи. При этом индивидуальное информационное сопровождение гражданина осуществляет страховая медицинская организация.

Федеральные медицинские организации оказывают медицинскую помощь в плановой форме в пределах объемов, установленных базовой программой, по направлениям, выдаваемым в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, с учетом установленных в территориальной программе сроков ожидания медицинской помощи.

Исполнительными органами субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и территориальными фондами ОМС для подготовки проекта территориальной программы ОМС в рамках деятельности Комиссии осуществляется расчет территориальных нормативов объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых нормативов на основе анализа статистических форм, данных персонифицированного учета медицинской помощи, программ развития

здравоохранения, сведений, поступивших от медицинских организаций (включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС) и страховых медицинских организаций (включенных в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС), медицинских профессиональных некоммерческих организаций, созданных в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья, и профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций), входящих в состав Комиссии.

Объемы медицинской помощи на застрахованных лиц, прикрепившихся к медицинской организации для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях, получивших полис ОМС в другом субъекте Российской Федерации, и соответствующие им финансовые средства учитываются территориальным фондом ОМС отдельно и используются при формировании нормированного страхового запаса.

Медицинским организациям, не имеющим застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, объемы медицинской помощи распределяются исходя из показателей объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо в год, утвержденных территориальной программой ОМС, с учетом мощности медицинской организации, врачебных специальностей, видов и условий оказания медицинской помощи, материально-технического и кадрового обеспечения, а также потребности субъекта Российской Федерации в медицинской помощи.

Медицинским организациям, оказывающим только диагностические услуги в соответствии с правом на их осуществление и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных Программой, распределение объема диагностических услуг осуществляется исходя из потребности включенных в реестр медицинских организаций по выполнению стандартов медицинской помощи и порядков ее оказания в случае отсутствия у медицинских организаций возможности предоставления данных диагностических услуг или их недостаточности.

Финансовые средства для обеспечения объемов медицинской помощи лицам, не идентифицированным в системе ОМС, а также не застрахованным в системе ОМС, при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, входящих в базовую программу), не включаются в стоимость территориальной программы ОМС.

Медицинская помощь по видам, включенным в базовую программу ОМС, оказывается застрахованным лицам на территории Российской Федерации, в том числе за пределами субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС.

За счет средств ОМС оплачивается доабортное консультирование беременных женщин медицинскими психологами, а также оказание медицинской помощи в стационарных условиях в отделениях акушерского (сестринского) ухода женщинам в период беременности, проживающим в районах, отдаленных от акушерских

стационаров и не имеющих прямых показаний для направления в отделение патологии беременности, но нуждающихся в медицинском наблюдении для предотвращения развития возможных осложнений.

Обследование женщин в период беременности, предусмотренное Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Минздрава России № 1130н, в медицинских организациях, оказывающих первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь женщинам в период беременности, осуществляется за счет средств ОМС.

В рамках базовой программы за счет средств ОМС осуществляется финансовое обеспечение медицинской реабилитации.

Программой за счет средств ОМС выделен норматив объема и норматив финансовых затрат по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций.

Плановые объемы оказания и финансирования медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» на 2026 год, фактические объемы и стоимость медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация» по территориальной программе в 2025 году, отражаются в разрезе источников финансирования в таблице согласно приложению 11 «Плановые и фактические объемы оказания и финансирования медицинской помощи, оказанной по профилю «Медицинская реабилитация» (далее - приложение 11) к настоящим разъяснениям.

При планировании объемов медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях на 2026 год следует также учитывать оказание данного вида медицинской помощи на дому с отражением показателей в указанном приложении 11 к настоящим разъяснениям.

Медицинская реабилитация на дому осуществляется преимущественно с применением телемедицинских технологий.

Территориальный норматив объема по медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 - 17 лет рассчитывается как отношение запланированного количества случаев госпитализации по медицинской реабилитации для детей в возрасте 0 - 17 лет к численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации.

Субъектом Российской Федерации в рамках территориальной программы ОМС устанавливаются нормативы объема и нормативы финансовых затрат на единицу объема для медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара, что также отражается в приложении 2.2 к настоящим разъяснениям.

Порядок организации медицинской реабилитации взрослых утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25 сентября 2020 г. № 60039), порядок организации медицинской реабилитации детей утвержден приказом Министерства

здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2019 г. № 878н (зарегистрировано в Минюсте России 23 декабря 2019 г. № 56954), согласно которым медицинская реабилитация осуществляется в медицинских организациях, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по медицинской реабилитации.

Второй и третий этапы медицинской реабилитации могут быть осуществлены на базе санаторно-курортных организаций, имеющих соответствующую лицензию, в рамках реализации базовой (территориальной) программы ОМС при условии выделения в соответствии с законодательством Российской Федерации объемов медицинской помощи на эти цели.

За счет средств ОМС осуществляется в том числе оплата труда работников медицинской организации, не имеющих медицинского образования, которые участвуют в оказании медицинской помощи, в том числе медицинской реабилитации, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

При предоставлении в соответствии с законодательством Российской Федерации одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю права на бесплатное совместное нахождение с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях стоимость оказанной ребенку медицинской помощи включает расходы на создание условий пребывания, включая предоставление спального места и питания, и финансируется за счет средств ОМС по видам медицинской помощи и заболеваниям (состояниям), включенным в территориальную программу ОМС.

8) Для выполнения объема медицинской помощи в рамках территориальной программы необходимо обосновать потребность в кадровых и материальных ресурсах.

Методика планирования ресурсов, необходимых для бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках территориальной программы, представлена в приложении 14 к настоящим разъяснениям и может быть рекомендована для обоснования и установления целевых показателей обеспеченности населения ресурсами (медицинскими кадрами и больничными койками).

В медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, рекомендуется осуществлять планирование нагрузки врачей на основе функции врачебной должности.

С 2026 года впервые установлен критерий качества и доступности медицинской помощи – коэффициент выполнения функции врачебной должности в расчете на одного врача в разрезе специальностей амбулаторно-поликлинической медицинской организации, имеющей прикрепленное население, как отношение годового фактического объема посещений врача к плановому (нормативному) объему посещений.

Для определения целевых значений планового (нормативного) объема посещений в субъекте Российской Федерации следует провести подготовительную работу.

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2002 года №804 «О правилах разработки и утверждении типовых норм труда», Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 сентября 2013 года №504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных учреждениях», а также с отраслевыми нормативными актами (Приказ Минздрава России от 02.06.2015 № 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога, приказ Минздрава России от 19.12.2016 № 973н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта»; Приказ Минздрава России от 06.08.2020 № 810н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга», Приказ Минздрава России от 05.12.2023 года №657н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гериатра», Приказ Минздрава России от 15.12.2023 года №696н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-психиатра, врача-психиатра-нарколога, врача-психотерапевта» и пр.) органу исполнительной власти в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации следует издать нормативный акт, регламентирующий установление систем нормироваания труда в подведомстенных медицинских организациях, а также организовать и координировать их деятельность с целью формирования единого подхода к разработке систем нормирования труда.

При отсутствии типовых норм труда по отдельным видам работ и рабочим местам соответствующие нормы труда разрабатываются в учреждении с учетом рекомендаций организации, осуществляющей функции и полномочия учредителя, либо с привлечением соответствующих специалистов в установленном порядке.

На уровне медицинской организации система нормирования труда разрабатывается и устанавливается работодателем (государственным и муниципальным учреждением) с учетом мнения выборного органа первичной профсоюзной организации и (или) устанавливаются коллективным договором на основе типовых норм труда для однородных работ (межотраслевых, отраслевых и иных норм труда, включая нормы времени, нормы выработки, нормативы численности, типовые (рекомендуемые) штатные нормативы, нормы обслуживания и другие типовые нормы, утверждаемые в порядке, установленном законодательством Российской Федерации) в целях обеспечения работникам гарантий государственного

содействия системной организации нормирования труда. При этом учитываются организационно-технические условия выполнения трудовых процессов в конкретной медицинской организации.

Система нормирования труда в медицинской организации включает в том числе плановый годовой объем посещений врача (плановая функция врачебной должности) в разрезе специальностей исходя из нормы времени на одно посещение.

При заключении трудового договора с врачом следует ознакомить его с нормами труда, включая плановый (нормативный) годовой объем посещений в пределах установленной продолжительности рабочего времени.

Медицинская организация осуществляет текущий учет и контроль фактического выполнения функции врачебной должности для последующего расчета и анализа коэффициента ее выполнения. Оценку эффективности использования ресурсов медицинских организаций на основе выполнения функции врачебной должности, показателей использования коечного фонда рекомендуется осуществлять по методике, представленной в приложении 15 к настоящим разъяснениям.

9) Территориальной программой в соответствии с Программой устанавливаются критерии доступности и качества медицинской помощи, на основе которых проводится комплексная оценка уровня и динамики показателей.

Мониторинг целевых значений критериев доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы, осуществляется исполнительным органом субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Оценка достижения критериев доступности и качества медицинской помощи осуществляется субъектами Российской Федерации 1 раз в полгода с направлением соответствующих данных в Министерство здравоохранения Российской Федерации (за первое полугодие - до 20 июля).

Целевые значения индикаторов, утвержденные региональной программой развития здравоохранения и дорожной картой субъекта Российской Федерации, должны соответствовать целевым значениям критериев доступности и качества медицинской помощи, установленным территориальной программой.

При установлении перечня критериев доступности и качества медицинской помощи в рамках территориальной программы, Министерство здравоохранения Российской Федерации рекомендует дополнить ее следующими критериями доступности, включенными в Программу 2026 года:

«число случаев лечения в стационарных условиях на одну занятую должность врача медицинского подразделения, оказывающего специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь»;

«оперативная активность на одну занятую должность врача хирургической специальности».

При установлении оперативной активности на одну занятую должность врача хирургической специальности следует учитывать профиль хирурга.

10) Исполнительные органы субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации обязаны информировать граждан, в том числе с использованием «Памятки для граждан о гарантиях бесплатного оказания медицинской помощи», направленной руководителям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья письмом Минздрава России от 22 декабря 2023 г. № 31-2/И/2-24207, о видах и объеме медицинской помощи, перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, отдельных медицинских технологиях, предоставляемых гражданам бесплатно в рамках территориальной программы, а также об установленных территориальной программой порядке, условиях предоставления медицинской помощи и критериях доступности и качества медицинской помощи.

Территориальный фонд ОМС обеспечивает информирование граждан о порядке обеспечения и защиты их прав в соответствии с законодательством в сфере ОМС.

Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети «Интернет», опубликовывают в средствах массовой информации номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации, и территориального фонда ОМС.

Страховая медицинская организация осуществляет информационное сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи и обеспечивает информирование застрахованных лиц, в том числе по обращениям, и путем организации работы с застрахованными лицами уполномоченных лиц страховой медицинской организации (страховых представителей), в том числе о выявленных нарушениях по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам (по обращениям застрахованных лиц).

В территориальной программе устанавливаются перечень и целевые значения критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций, подлежащие к включению в договоры, заключаемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в соответствии со статьей 38 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в соответствии с Программой.

При установлении в территориальной программе ОМС целевых значений критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций, рекомендуется использовать методику определения их целевых значений в соответствии с Приложением № 18 к настоящим разъяснениям (далее – Методика). Вышеуказанная Методика, а также методика определения целевых значений установленных территориальной программой государственных гарантий критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций в дополнение к определенным Программой рассматривается на заседании Комиссии по разработке

территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Целевые значения критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций, а также методика определения их целевых значений утверждаются в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и размещаются на сайте территориального фонда в телекоммуникационной сети «Интернет» в установленном законодательством порядке.

Учитывая, что перечень и целевые значения критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций подлежат включению в договоры, заключаемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями в соответствии со статьей 38 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», указанные показатели участвуют в мониторинге деятельности страховых медицинских организаций, порядок проведения которого, в том числе сроки и порядок предоставления сведений для проведения мониторинга, установлены Федеральным фондом в соответствии с пунктом 14^1 части 8 статьи 33 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

11) Разграничение оказания бесплатной медицинской помощи гражданам и платных медицинских услуг (работ) осуществляется в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья и постановлением Правительства Российской Федерации от 11 мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006» и обеспечивается в том числе соблюдением установленных территориальной программой сроков ожидания оказания медицинской помощи.

В целях разграничения оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы и платных медицинских услуг нормативным правовым актом субъекта Российской Федерации устанавливаются требования по ведению медицинской организацией раздельного учета использования лекарственных препаратов и расходных материалов при оказании медицинской помощи в рамках территориальной программы и платных медицинских услуг.

Не допускается в регионе замещение гарантированной гражданам законодательством Российской Федерации бесплатной медицинской помощи платными медицинскими услугами.

В целях обеспечения правовой грамотности населения медицинским организациям необходимо в доступной форме публиковать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию:

о перечне заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в рамках базовой и территориальной программ ОМС;

о перечне медицинских услуг, в том числе в рамках профилактических

медицинских осмотров, диспансеризации и углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации, отдельных диагностических исследований, оказание которых осуществляется бесплатно в рамках базовой и территориальной программ обязательного медицинского страхования;

о сроках ожидания бесплатной медицинской помощи;

о контактах страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС.

Приложение 1

Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов …....субъекта Российской Федерации

Источники финансового обеспечения территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа государственных гарантий)	№ строки	2026 год				плановый период			
		Утвержденная<***> стоимость территориальной программы государственных гарантий		Утвержденные законом о бюджете …....субъекта Российской Федерации<****> расходы на финансовое обеспечение территориальной программы государственных гарантий		2027 год		2028 год	
						Стоимость территориальной программы государственных гарантий		Стоимость территориальной программы государственных гарантий	
		всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год	всего	на 1 жителя	всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год	всего	на 1 жителя (1застрахованное лицо) в год
		тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли	тысячи рублей	рубли
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стоимость территориальной программы государственных гарантий всего (сумма строк 02 + 03), в том числе:	01								
I. Бюджетные ассигнования консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации <*>	02								
II. Стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) всего <> (сумма строк 04 + 08)**	03								
1. Стоимость территориальной программы ОМС за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС <> (сумма строк 05 + 06 + 07), в том числе:**	04			X	X				
1.1. субвенция из бюджета Федерального фонда ОМС <>**	05			X	X				
1.2. межбюджетные трансферты бюджета …...субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение территориальной программы ОМС в случае установления дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой ОМС	06								
1.3. прочие поступления	07			X	X				
2. межбюджетные трансферты бюджета ….субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС, из них:	08								
2.1. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета .....субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС	09								

2.2. межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета ……субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС	10								

<*> без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, государственные программы, а также межбюджетных трансфертов, передаваемых из бюджета ……субъекта Российской Федерации в бюджет Территориального фонда ОМС (строки 06 и 08)

Справочные данные, использованные при расчете стоимости территориальной программы государственных гарантий за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета ……субъекта Российской Федерации	**2026 год**	**2027 год**	**2028 год**
Численность населения ……субъекта Российской Федерации (человек)			
Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в ……субъекте Российской Федерации (человек)			
Коэффициент дифференциации для ……субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462			
Коэффициент доступности медицинской помощи для ……субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462			

<> без учета расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами ОМС своих функций, предусмотренных законом о бюджете Территориального фонда ОМС по разделу 01 "Общегосударственные вопросы", расходов на мероприятия по ликвидации кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти, в рамках базовой программы ОМС за счет средств бюджета Федерального фонда ОМС**

Справочно	**2026 год**				**2027 год**		**2028 год**	
	всего (тыс. руб.)	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**			**всего (тыс. руб.)**	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**	**всего (тыс. руб.)**	**на одно застрахованное лицо в год (руб.)**
Расходы на обеспечение выполнения Территориальным фондом ОМС своих функций за счет субенции из бюджета Федерального фонда ОМС								
Расходы на обеспечение выполнения Территориальным фондом ОМС своих функций за счет иных источников								

<*> указывется вид нормативного правового акта .....субъекта Российской Федерации, которым утверждена территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, регистрационный номер и дата его принятия и вступления в силу**

<**> указывется вид нормативного правового акта .....субъекта Российской Федерации, которым утверждена структура и размер расходов консолидированного бюджета .....субъекта Российской Федерации на 2026 год, в том числе на реализацию территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, регистрационный номер и дата его принятия и вступления в силу**

Приложение 2.1.

Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на 2026 год [1]

Установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ТПГГ) виды и условия оказания медицинской помощи, а также иные направления расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации (далее - бюджетные ассигнования), включая бюджетные ассигнования, передаваемые в виде межбюджетного трансферта в бюджет территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее - МБТ, ТФОМС) на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования сверх установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТП ОМС, базовая программа ОМС)	№ строки	Единица измерения	Установленный ТПГГ объем медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, в расчете на одного жителя			Установленный ТПГГ норматив финансовых затрат консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на единицу объема медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС			Подушевой норматив финансирования ТПГГ в разрезе направлений расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			Утвержденная стоимость ТПГГ по направлениям расходования бюджетных ассигнований консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации			
			Общий норматив объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС [2], в том числе:	норматив объема медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований (без учета медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС)	норматив объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных асигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС [2], в том числе:	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи за счет бюджетных асигнований (без учета средств МБТ в бюджет ТФОМС на предоставление медицинской помощи сверх базовой программы ОМС)	норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС [2]	за счет бюджетных ассигнований, за исключением средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС [2]	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС <2>, <6>	за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС <1>, <3>	доли в общей структуре бюджетных расходов [4]	за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение медицинской помощи, оказываемой по ТП ОМС сверх базовой программы ОМС <5>	доли средств МБТ в общей структуре расходов за счет бюджетных ассигнований <5>
						рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	рубли	тысячи рублей	%	тысячи рублей	%
1	2	3	4 =5+6	5	6	7 = 10/4	8	9	10 =11+12	11 =5*8	12 =6*9	13	14	15	16
Медицинская помощь, прочие виды медицинских и иных услуг, дополнительные меры социальной защиты (поддержки), предоставляемые за счет бюджетных ассигнований [7], в том числе:	**01**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**					100,0		
I. Нормируемая медицинская помощь	**02**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
1. Скорая медицинская помощь, включая скорую специализированную медицинскую помощь, не входящая в территориальную программу ОМС [7], в том числе:	**03**	вызов													
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам [8]	04	вызов			**X**			**X**			**X**			**X**	**X**
скорая медицинская помощь при санитарно-авиационной эвакуации [9]	05	вызов													
2. Первичная медико-санитарная помощь, предоставляемая в амбулаторных условиях:	**06**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
2.1. с профилактической и иными целями, за исключением медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи [10], в том числе:	07	посещение													
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам [8]	08	посещение			**X**			**X**			**X**			**X**	**X**
2.2. в связи с заболеваниями - обращений [11], в том числе:	09	обращение													
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам [8]	10	обращение			**X**			**X**			**X**			**X**	**X**
3. Первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи [12], в том числе:	**11**	случай лечения													
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам [8]	12	случай лечения			**X**			**X**			**X**			**X**	**X**
4. Специализированная, включая высокотехнологичную, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации и паллиативной медицинской помощи, в том числе:	**13**	случай госпитализации													
не идентифицированным и не застрахованным в системе ОМС лицам [8]	14	случай госпитализации			**X**			**X**			**X**			**X**	**X**
5. Медицинская реабилитация [13]	**15**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
5.1. в амбулаторных условиях	16	комплексное посещение													
5.2. в условиях дневного стационара	17	случай лечения													
5.3. в условиях круглосуточного стационара	18	случай госпитализации													

6. Паллиативная медицинская помощь (доврачебная и врачебная), включая оказываемую ветеранам боевых действий:	**19**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
6.1. паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях [14], всего, в том числе:	20	посещение													
6.1.1. посещения, включая посещения на дому (без учета посещений на дому патронажными бригадами)	21	посещение													
6.1.2. посещения на дому выездными патронажными бригадами	22	посещение													
в том числе для детского населения	23	посещение													
6.2. паллиативная медицинская помощь в стационарных условиях (включая оказываемую на койках паллиативной медицинской помощи и койках сестринского ухода) [15]	24	койко-день													
в том числе для детского населения	25	койко-день													
6.3 Паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара [12]	26	случай лечения													
II. Ненормируемая медицинская помощь и прочие виды медицинских и иных услуг, в том числе:	**27**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
7. Медицинские и иные государственные и муниципальные услуги (работы), оказываемые (выполняемые) в медицинских организациях, подведомственных исполнительному органу .....субъекта Российской Федерации и органам местного самоуправления соответственно, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Минздравом России (далее - подведомственные медицинские организации) [16], за исключением медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС	**28**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
8. Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в подведомственных медицинских организациях, не включенная в базовую программу ОМС и предусмотренная разделом II приложения № 1 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постаовлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188	**29**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
9. Расходы на содержание и обеспечение деятельности подведомственных медицинских организаций, в том числе на:	**30**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
9.1. финансовое обеспечение расходов медицинских организаций, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи, предусмотренную в территориальной программе ОМС (далее - тарифы ОМС) [17]	31		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**							
9.2. приобретение, обслуживание, ремонт медицинского оборудования, за исключением расходов подведомственных медицинских организаций, осуществляемых за счет средств ОМС, предусмотренных на эти цели в структуре тарифов ОМС	32		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			**X**	**X**
III. Дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и субъекта Российской Федерации, в том числе:	**35**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			**X**	**X**
10. Обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50-процентной скидкой) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, продуктами лечебного (энтерального) питания [18]	**36**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			**X**	**X**
11. Бесплатное (со скидкой) зубное протезирование [18]	**37**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			**X**	**X**
12. Осуществление транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно [19]	**38**		**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**		**X**			**X**	**X**

<1>
Утвержденная стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации на 2026 год (далее соответственно - бюджетные ассигнования, ТПГГ) является суммой значений расходов на финансовое обеспечение ТПГГ, утвержденных законом о бюджете .....субъекта Российской Федерации, представленных в строке 02 "Бюджетные ассигнования консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации" (без учета бюджетных ассигнований федерального бюджета на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной помощи по обеспечению лекарственными препаратами, целевые программы, государственные программы, а также межбюджетных трансфертов в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования (далее соответственно - ТФОМС, ОМС)) и строеке 08 "межбюджетные трансферты бюджета ....субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой ОМС" графы 5 таблицы "Стоимость территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по источникам финансового обеспечения на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов" Приложения 1 (далее - таблица Приложения 1).

<2>
Числовое значение общего норматива объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, в графе 4 является суммой значений норматива объема медицинской помощи, оказываемой непосредственно за счет бюджетных ассигнований (без учета средств межбюджетного трансферта в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение дополнительных объемов медицинской помощи по видам и условиям ее оказания, предоставляемой по территориальной программе ОМС сверх установленных базовой программой ОМС (далее - МБТ)) в графе 5 и норматива объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств МБТ, в графе 6. Общий норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований, включая средства МБТ, в графе 7 рассчитывается, как указанная в графе 10 сумма значений подушевых нормативов за счет бюджетных ассигнований в графе 11 и подушевых нормативов за счет МБТ в графе 12, разделенная на общий норматив объема медицинской помощи в графе 4. Значения подушевых нормативов за счет бюджетных ассигнований в графе 11 и подушевых нормативов за счет МБТ в графе 12 являются производными соответствующих нормативов объема медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, соответственно для графы 11 - произведение значений норматива в графе 5 на значения норматива в графе 8, для графы 12 - произведение значений норматива в графе 6 на значения норматива в графе 9.

<3>
Утвержденная стоимость ТПГГ по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований в графе 13 рассчитывается, как произведение значений общих подушевых нормативов за счет бюджетных ассигнований и средств МБТ в соответствующей строке графы 10 на численность населения ..... субъекта Российской Федерации, используемую при формировании и экономическом обосновании ТПГГ на 2026 год в части медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, и иных расходов, отнесенных к компетенции консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной постаовлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 (далее – Программа). При этом числовое значение стоимости ТПГГ за счет бюджетных ассигнований и средств МБТ в графе 13 по строке 01 является суммой соответствующих значений стоимости нормируемой медицинской помощи в строке 02 графы 13 (суммарное значение строк 03, 06, 11, 13, 15 и 19), стоимости ненормируемой медицинской помощи и прочих видов медицинских и иных услуг в строке 27 графы 13 (равной или превышающей суммарное значение строк 28, 29 и 30) и расходов на дополнительные меры социальной защиты (поддержки) отдельных категорий граждан, предоставляемые в соответствии с законодательством Российской Федерации и .....субъекта Российской Федерации в графе 35 (равной или превышающей суммарное значение строк 36, 37 и 38).

<4>
Доли в общей структуре бюджетных расходов по каждой строке рссчитываются как процент от числового значения утвержденной стоимости ТПГГ по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований и средств МБТ в строке 01 графы 13, принимаемого за 100 %.

<5>
Стоимость нормируемой медицинской помощи по видам и условиям ее оказания при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также ненормируемой медицинской помощи и прочих видов медицинских и иных услуг, отнесенных Программой к компетенции консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации, но оказываемых в рамках территориальной программы ОМС в дополнение к страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на указанные цели, в строке 01 графы 15 является произведением значения подушевого норматива финансирования ТПГГ за счет средств МБТ (строка 01 графы 12) на численность населения ..... субъекта Российской Федерации, используемую при формировании и экономическом обосновании ТПГГ на 2026 год в части медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС, и иных расходов, отнесенных Программой к компетенции консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации, и рассчитывается как сумма числовых значений расходов, указанных в строках: 03 (за исключением расходов, отраженных в строке 04), 06 (за исключением расходов, отраженных в строках 08 и 10), строке 11 (за исключением расходов, отраженных в строке 12), 13 (за исключением расходов, отраженных в строке 14), 15, 19, 28, 29 и 31. При этом числовое значение стоимости ТПГГ за счет средств МБТ в строке 01 графы 15 соответствует значениям расходов на финансовое обеспечение ТПГГ, утвержденных законом о бюджете .....субъекта Российской Федерации, представленных в строке 08 графы 5 таблицы Приложения 1. Доли средств МБТ в общей структуре расходов за счет бюджетных ассигнований в графе 16 по каждой строке рссчитываются как процент от числового значения утвержденной стоимости ТПГГ по видам и условиям ее оказания за счет бюджетных ассигнований и средств МБТ в строке 01 графы 13, принимаемого за 100 %.

<6>
Числовое значение подушевого норматива финансирования ТПГГ за счет средств МБТ в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение нормируемой медицинской помощи по видам и условиям ее оказания при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, а также ненормируемой медицинской помощи и прочих видов медицинских и иных услуг, отнесенных Программой к компетенции консолидированного бюджета ..... субъекта Российской Федерации, но оказываемых в рамках территориальной программы ОМС в дополнение к страховым случаям, установленным базовой программой ОМС, в строке 01 графы 12, рассчитанное как произведение соответствующих нормативов нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в графах 6 и 9 может отличаться от числового значения подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС за счет средств МБТ, представленного в строке 08 графы 6 таблицы Приложения 1, рассчитанного с учетом численности застрахованных по ОМС лиц в ..... субъекте Российской Федерации.
Также по вышеуказанной причине могут отличаться числовые значения подушевого норматива финансирования ТПГГ за счет средств МБТ в графе 12 настоящей таблицы (сумма значений в строках 02, 28, 29 и значение в строке 31) от значений подушевого норматива финансирования территориальной программы ОМС сверх базовой программы ОМС, представленных в строках 09 и 10 графы 6 таблицы Приложения 1.

<7>
Нормативы объема медицинской помощи по видам и условиям ее оказания и нормативы финансовых затрат на единицу соответствующего объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, связанные в том числе с употреблением психоактивных веществ), устанавливаются .....субъектом Российской Федерации самостоятельно и включают в себя объемы скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно, незастрахованным по ОМС лицам, в том числе при заболеваниях, входящих в базовую программу ОМС.

<8>
.....субъект Российской Федерации вправе оказывать незастрахованным по ОМС лицам за счет бюджетных ассигнований не только скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь вне медицинской организации, амбулаторно и стационарно, но и предоставлять первичную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями, а также проводить диагностические и лечебные мероприятия в условиях дневного и/или кругосуточного стационара при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС. Бюджетные ассигнования, предусмотренные в консолидированном бюджете субъекта Российской Федерации на финансовое обеспечение медицинской помощи, предоставляемой лицам, не застрахованным по ОМС, не подлежат направлению в виде МБТ в бюджет ТФОМС.

<9>
Нормативы объема скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и нормативы финансовых затрат на один вызов скорой медицинской помощи включают в себя оказание медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарной эвакуации, осуществляемой наземным, водным и другими видами транспорта, а также авиамедицинскими выездными бригадами скорой медицинской помощи при санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами, и устанавливаются субъектом Российской Федерации самостоятельно с учетом реальной потребности. При этом расходы на авиационные работы, осуществляемые за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, предусмотренных на реализацию федерального проекта «Совершенствование экстренной медицинской помощи», и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации, не учитываются в предусмотренных Программой средних подушевых нормативах ее финансирования за счет бюджетных ассигнований и не подлежат включению в стоимость ТПГГ.

<10>
Нормативы объема медицинской помощи с профилактической и иными целями включаютв себя в числе прочих разовые посещения по поводу заболеваний, консультативные посещения по первичной специализированной медицинской помощи, посещения, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе при проведении профилактических медицинских осмотров обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования (включая посещения, связанные с проведением медико-психологического тестирования) в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ. Посещения с иными целями включают в себя в том числе посещения для проведения медико-психологического консультирования и получения психологических рекомендаций при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС.

<11>
В нормативы обращений включаются законченные случаи лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2, а также медико-психологическое консультирование и медико-психологическая помощь при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, требующие более однократного посещения пациента.

<12>
Нормативы объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневного стационара, являются суммой объемов первичной медико-санитарной помощи/первичной специализированной медицинской помощ в дневном стационаре и объемов специализированной медицинской помощи в дневном стационаре, которые .....субъект Российской Федерациии вправе устанавливать раздельно. В случае установления .....субъектом Российской Федерации нормативов объема и нормативов финансовых затрат на единицу объема для оказания паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара, такие нормативы не включаются в общие нормативы объема медицинской помощи в условиях дневного стационара и не учитываются в пункте 3 (строка 11), а отражаются в дополнительном пункте 6.3. "паллиативная медицинская помощь в условиях дневного стационара" (строка 26).

<13>
Самостоятельные нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема для оказания медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" при заболеваниях, не входящих в базовую программу ОМС, устанавливаются по условиям оказания (амбулаторно, в дневном и круглосуточном стационаре) и не учитываются в других видах медицинской помощи.
При этом долечивание после стационарного лечения в специализированной медицинской организации, 2 и 3 этапы медицинской реабилитации, санаторно-курортное лечение, включающее проведение специфической (противорецидивной) лекарственной терапии, профилактической лекарственной терапии у пациентов групп риска могут проводиться на базе санаторно-курортных организаций соответствующего профиля. Медицинская помощь по профилю "Медицинская реабилитация" может оказываться в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, при условии участия их в реализации ТПГГ в установленном порядке.

<14>
Посещения по паллиативной медицинской помощи, в том числе посещения на дому патронажными бригадами, включают в себя посещения по паллиативной первичной медицинской помощи, в том числе доврачебной и врачебной, и паллиативной специализированной медицинской помощи, а также медико-психологическое консультирование. Такие посещения не включены в нормативы объема первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и не учитываются в пункте 2.1 (строка 07).

<15>
Нормативы для паллиативной медицинской помощи, предоставляемой в хосписах и больницах сестринского ухода, включают в себя медико-психологическое консультирование и психологические рекомендации по вопросам, связанным с терминальной стадией заболевания, характером и особенностями паллиативной медицинской помощи, оказываемой пациентам и их родственникам.

<16>
Отражаются расходы медицинских организаций, подведомственных исполнительному органу .....субъекта Российской Федерации и органам местного самоуправления соответственно, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утверждаемую Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - подведомственные медицинские организации), на оказание медицинских и иных услуг (работ), не оплачиваемых по территориальной программе ОМС в рамках базовой программы ОМС, в том числе в центрах профилактики и борьбы со СПИДом, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах охраны здоровья семьи и репродукции, медико-генетических центрах (консультациях) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, центрах медицинской профилактики, центрах профессиональной патологии и в соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро и патолого-анатомических отделениях медицинских организаций (за исключением диагностических исследований, проводимых по заболеваниям, указанным в разделе III Программы, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств ОМС в рамках базовой программы ОМС), медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, на станциях переливания крови (в центрах крови) и отделениях переливания крови (отделениях трансфузиологии) медицинских организаций, в домах ребенка, включая специализированные, в молочных кухнях и прочих подведомственных медицинских организациях.

<17>
Отражаются расходы подведомственных медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется как за счет бюджетных ассигнований, непосредственно направляемых в указанные медицинские организации, так и за счет средств МБТ, передаваемых из бюджета .....субъекта Российской Федерации в бюджет ТФОМС на финансовое обеспечение расходов, не включенных в структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. При этом размер МБТ, отраженный в строке 31 графы 15 настоящей таблицы должен соответствовать размеру МБТ, указанному в строке 10 графы 5 таблицы Приложения 1, в то время, как размер подушевого норматива финансирования на эти цели в строке 10 графы 6 таблицы Приложения 1, рассчитанный на численность застрахованных по ОМС лиц в .....субъекте Российской Федерации, будет отличаться отсоответствующего подушевого норматива в строке 31 графы 12 таблицы Приложения 2.1, рассчитанного на численность населения .....субъекта Российской Федерации.

<18>

Отражаются расходы бюджета .....субъекта Российской Федерации на обеспечение при амбулаторном лечении (бесплатно или с 50-процентной скидкой) лекарственными препаратами, медицинскими изделиями отдельных категорий граждан, определенных постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 г. № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения», предоставление в рамках оказания паллиативной медицинской помощи, в том числе детям и участникам специальной воееной операции, для использования на дому медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, по перечню, утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации 9 июля 2025 г. № 398н, продуктами лечебного (энтерального) питания, бесплатное (со скидкой) зубное протезирование отдельных категорий граждан, а также расходов на указанные цели в соответствии с законодательством .....субъекта Российской Федерации.

Не включеныи не отражаются в строках 35, 36, 37 таблицы бюджетные ассигнования федерального бюджета, направляемые в бюджет субъекта Российской Федерации в виде субвенции на софинансирование расходных обязательств субъектов Российской Федерации по предоставлению отдельным категориям граждан социальной услуги по бесплатному (с 50 %-ной скидкой со стоимости) обеспечению лекарственными препаратами и медицинскими изделиями по рецептам врачей при амбулаторном лечении, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов; иныеМБТ на финансовое обеспечение расходов по обеспечению пациентов лекарственными препаратами, предназначенными для лечения больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, мукополисахаридозом I, II и VI типов, апластической анемией неуточненной, наследственным дефицитом факторов II (фибриногена), VII (лабильного), X (Стюарта-Прауэра), а также после трансплантации органов и (или) тканей.

<19>

В случае осуществления бесплатного (со скидкой) зубного протезирования и транспортировки пациентов с хронической почечной недостаточностью от места их фактического проживания до места получения заместительной почечной терапии и обратно за счет средств, предусмотренных в консолидированном бюджете субъекта Российской Федерации по кодам бюджетной классификации Российской Федерации 09 "Здравоохранение" и 10 "Социальная политика" (приказ Министерства финансов субъекта Российской Федерации от 24.05.2022 № 82н) не исполнительному органу субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а иным исполнительным органам субъекта Российской Федерации, бюджетные ассигнования на указанные цели не включаются в стоимость ТПГГ и соответствующий подушевой норматив ее финансового обеспечения, а отражаютсяв в пояснительной записке к ТПГГ и сопровождаются выпиской из закона о бюджете субъекта Российской Федерации с указанием размера бюджетных ассигнований, предусмотренных на вышеуказаные цели, и наименования исполнительного органа субъекта Российской Федерации, которому они предусмотрены.

Приложение 2.2

Утвержденная стоимость территориальной программы обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации по видам
и условиям оказания медицинской помощи на 2026 год

Виды и условия оказания медицинской помощи	№ строки	Единица измерения	Объем медицинской помощи в расчете на одного жителя (норматив объемов предоставления <...>	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив финансовых затрат на единицу объема <...>	Подушевые нормативы финансирования территориальной программы	Стоимость территориальной программы по источникам ее финансового обеспечения
					руб.	тыс. руб.
А	Б	1	2	3	4	5
III. Медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС:	1	X	X	X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь (сумма строк 12 + 20 + 28)	2	вызов				
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	3	X	X	X		
2.1. В амбулаторных условиях:	4	X	X	X		
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров (сумма строк 14.1 + 22.1 + 30.1)	4.1	комплексное посещение				
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего (сумма строк 14.2 + 22.2 + 30.2), в том числе:	4.2	комплексное посещение				
для проведения углубленной диспансеризации (сумма строк 14.2.1 + 22.2.1 + 30.2.1)	4.2.1	комплексное посещение				
2.1.3. для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин (сумма строк 14.3 + 22.3 + 30.3)	4.3	комплексное посещение				
женщины	4.3.1	комплексное посещение				
мужчины	4.3.2	комплексное посещение				
2.1.4. для посещений с иными целями (сумма строк 14.4 + 22.4 + 30.4)	4.4	посещения				
2.1.5. в неотложной форме (сумма строк 14.5 + 22.5 + 30.5)	4.5	посещение				
2.1.6. обращения в связи с заболеваниями - всего (сумма строк 14.6 + 22.6 + 30.6), из них:	4.6	обращение				
2.1.6.1. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	4.6.1	консультаций				
2.1.6.2. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	4.6.2	консультаций				
2.1.7. Проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг), сумма строк (14.7+22.7+30.7):	4.7	исследования				
2.1.7.1. компьютерная томография (сумма строк 14.7.1 + 22.7.1 + 30.7.1)	4.7.1	исследования				
2.1.7.2. магнитно-резонансная томография (сумма строк 14.7.2 + 22.7.2 + 30.7.2)	4.7.2	исследования				
2.1.7.3. ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы (сумма строк 14.7.3 + 22.7.3 + 30.7.3)	4.7.3	исследования				
2.1.7.4. эндоскопическое диагностическое исследование (сумма строк 14.7.4 + 22.7.4 + 30.7.4)	4.7.4	исследования				
2.1.7.5. молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний (сумма строк 14.7.5 + 22.7.5 + 30.7.5)	4.7.5	исследования				
2.1.7.6. патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (сумма строк 14.7.6 + 22.7.6 + 30.7.6)	4.7.6	исследования				
2.1.7.7. ПЭТ-КТ (сумма строк 14.7.7 + 22.7.7 + 30.7.7)	4.7.7	исследования				
2.1.7.8. ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия (сумма строк 14.7.8 + 22.7.8 + 30.7.8)	4.7.8	исследования				
2.1.7.9. Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери) (сумма строк 14.7.9 + 22.7.9 + 30.7.9)	4.7.9	исследования				
2.1.7.10. определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР (сумма строк 14.7.10 + 22.7.10 + 30.7.10)	4.7.10	исследования				
2.1.7.11. лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) (сумма строк 14.7.11+ 22.7.11 + 30.7.11)	4.7.11	исследования				
2.1.8. Школа для больных с хроническими заболеваниями, школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе: (сумма строк 14.8 + 22.8 + 30.8)	4.8	комплексное посещение				
школа сахарного диабета (сумма строк 14.8.1 + 22.8.1 + 30.8.1)	4.8.1	комплексное посещение				
2.1.9. Диспансерное наблюдение (сумма строк 14.9 + 22.9 + 30.9), в том числе по поводу:	4.9	комплексное посещение				
онкологических заболеваний (сумма строк 14.8.1 + 22.8.1 + 30.8.1)	4.9.1	комплексное посещение				
сахарного диабета (сумма строк 14.8.2 + 22.8.2 + 30.8.2)	4.9.2	комплексное посещение				
болезней системы кровообращения (сумма строк 14.8.3 + 22.8.3 + 30.8.3)	4.9.3	комплексное посещение				
2.1.10. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов (сумма строк 14.10 + 22.10 + 30.10), в том числе:	4.10	комплексных посещений				
2.1.10.1. пациентов с сахарным диабетом	4.10.1	комплексных посещений				
2.1.10.2. пациентов с артериальной гипертензией	4.10.2	комплексных посещений				
2.1.11. Посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение (сумма строк 14.11 + 22.11+ 30.11)	4.11	комплексное посещение				
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации (сумма строк 15 + 23 + 31), в том числе:	5	случай лечения				
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе: (сумма строк 15.1 + 23.1 + 31.1)	5.1	случай лечения				
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении (сумма строк 15.2 + 23.2 + 31.2)	5.2	случай лечения				
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С (сумма строк 15.3 + 23.3 + 31.3)	5.3	случай лечения				
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 15.4 + 23.4 + 31.4)	5.4	случай лечения				

4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, (сумма строк 16 + 24 + 32) в том числе:	6	случай госпитализации				
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология" (сумма строк 16.1 + 24.1 + 32.1)	6.1	случай госпитализации				
4.2. стентирование коронарных артерий медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 16.2 + 24.2 + 32.2)	6.2	случай госпитализации				
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 16.3 + 24.3 + 32.3)	6.3	случай госпитализации				
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца (сумма строк 16.4 + 24.4 + 32.4)	6.4	случай госпитализации				
4.5. оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование или эндартерэктомия) (за исключением федеральных медицинских организаций) (сумма строк 16.5 + 24.5 + 32.5)	6.5	случай госпитализации				
4.6. трансплантация почки (сумма строк 16.6 + 24.6 + 32.6)	6.6	случай госпитализации				
4.7. высокотехнологичная медицинская помощь (сумма строк 16.7 + 24.7 + 32.7)	6.7	случай госпитализации				
5. Медицинская реабилитация (сумма строк 17 + 25 + 33):	7	X	X	X	X	X
5.1 В амбулаторных условиях (сумма строк 17.1 + 25.1 + 33.1)	7.1	комплексные посещения				
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь) (сумма строк 17.2 + 25.2 + 33.2)	7.2	случай лечения				
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара (сумма строк 17.3 + 25.3 + 33.3)	7.3	случай госпитализации				
6. паллиативная медицинская помощь	8	X				
6.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная, всего (равно строке 34.1), в том числе:	8.1	посещений				
6.1.1 посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами (равно строке 34.1.1)	8.1.1	посещений				
6.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами (равно строке 34.1.2)	8.1.2	посещений				
6.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода) (равно строке 34.2)	8.2	койко-день				
6.3 оказываемая в условиях дневного стационара (равно строке 34.3)	8.3	случай лечения				
7. Расходы на ведение дела СМО (сумма строк 18 + 26 + 35)	9	X	X	X		
8. Иные расходы (равно строке 36)	10	X	X	X		
из строки 20:	11	X	X	X		
1. Медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам (за счет субвенции ФОМС)		X	X	X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	12	вызов				
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	13	X	X	X		
2.1. В амбулаторных условиях:	14	X	X	X		
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	14.1	комплексное посещение				
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	14.2	комплексное посещение				
для проведения углубленной диспансеризации	14.2.1	комплексное посещение				
2.1.3. для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин	14.3	комплексное посещение				
женщины	14.3.1	комплексное посещение				
мужчины	14.3.2	комплексное посещение				
2.1.4. для посещений с иными целями	14.4	посещения				
2.1.5. в неотложной форме	14.5	посещение				
2.1.6. обращения в связи с заболеваниями - всего, из них:	14.6	обращение				
2.1.6.1. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	14.6.1	консультаций				
2.1.6.2. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	14.6.2	консультаций				
2.1.7. Проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг):	14.7	исследования				
2.1.7.1. компьютерная томография	14.7.1	исследования				
2.1.7.2. магнитно-резонансная томография	14.7.2	исследования				
2.1.7.3. ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	14.7.3	исследования				
2.1.7.4. эндоскопическое диагностическое исследование	14.7.4	исследования				
2.1.7.5. молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	14.7.5	исследования				
2.1.7.6. патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	14.7.6	исследования				
2.1.7.7. ПЭТ-КТ	14.7.7	исследования				
2.1.7.8. ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	14.7.8	исследования				
2.1.7.9. Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)	14.7.9	исследования				
2.1.7.10. определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР	14.7.10	исследования				
2.1.7.11. лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС)	14.7.11	исследования				
2.1.8. Школа для больных с хроническими заболеваниями, школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:	14.8	комплексное посещение				
школа сахарного диабета	14.8.1	комплексное посещение				
2.1.9. Диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	14.9	комплексное посещение				
онкологических заболеваний	14.9.1	комплексное посещение				
сахарного диабета	14.9.2	комплексное посещение				
болезней системы кровообращения	14.9.3	комплексное посещение				

2.1.10. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, в том числе:	14.10	комплексное посещение				
пациентов с сахарным диабетом	14.10.1	комплексное посещение				
пациентов с артериальной гипертензией	14.10.2	комплексное посещение				
2.1.11. Посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение	14.11	комплексное посещение				
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	15	случай лечения				
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	15.1	случай лечения				
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	15.2	случай лечения				
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	15.3	случай лечения				
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	15.4	случай лечения				
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	16	случай госпитализации				
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	16.1	случай госпитализации				
4.2. стентирование коронарных артерий медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	16.2	случай госпитализации				
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	16.3	случай госпитализации				
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	16.4	случай госпитализации				
4.5. оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (за исключением федеральных медицинских организаций)	16.5	случай госпитализации				
4.6. трансплантация почки	16.6	случай госпитализации				
4.7. высокотехнологичная медицинская помощь	16.7	случай госпитализации				
5. Медицинская реабилитация:	17	X	X	X		
5.1 В амбулаторных условиях	17.1	комплексные посещения				
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	17.2	случай лечения				
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	17.3	случай госпитализации				
6. Расходы на ведение дела СМО	18	X	X	X		
2. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, установленным базовой программой (за счет межбюджетных трансфертов бюджета субъекта Российской Федерации и прочих поступлений):	19	X				
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	20	вызов				
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	21	X	X	X		
2.1. В амбулаторных условиях:	22	X	X	X		
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	22.1	комплексное посещение				
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	22.2	комплексное посещение				
для проведения углубленной диспансеризации	22.2.1	комплексное посещение				
2.1.3. для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин	22.3	комплексное посещение				
женщины	22.3.1	комплексное посещение				
мужчины	22.3.2	комплексное посещение				
2.1.4. для посещений с иными целями	22.4	посещения				
2.1.5. в неотложной форме	22.5	посещение				
2.1.6. обращения в связи с заболеваниями - всего, из них:	22.6	обращение				
2.1.6.1. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	22.6.1	консультаций				
2.1.6.2. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	22.6.2	консультаций				
2.1.7. Проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг):	22.7	исследования				
2.1.7.1. компьютерная томография	22.7.1	исследования				
2.1.7.2. магнитно-резонансная томография	22.7.2	исследования				
2.1.7.3. ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	22.7.3	исследования				
2.1.7.4. эндоскопическое диагностическое исследование	22.7.4	исследования				
2.1.7.5. молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	22.7.5	исследования				
2.1.7.6. патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	22.7.6	исследования				
2.1.7.7. ПЭТ-КТ	22.7.7	исследования				
2.1.7.8. ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	22.7.8	исследования				
2.1.7.9. Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)	22.7.9	исследования				
2.1.7.10. определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР	22.7.10	исследования				
2.1.7.11. лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС)	2.7.11	исследования				
2.1.8. Школа для больных с хроническими заболеваниями, школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:	22.8	комплексное посещение				
школа сахарного диабета	22.8.1	комплексное посещение				
2.1.9. Диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	22.9	комплексное посещение				
онкологических заболеваний	22.9.1	комплексное посещение				
сахарного диабета	22.9.2	комплексное посещение				

болезней системы кровообращения	22.9.3	комплексное посещение				
2.1.10. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, в том числе	22.10	комплексное посещение				
пациентов с сахарным диабетом	22.10.1	комплексное посещение				
пациентов с артериальной гипертензией	22.10.2	комплексное посещение				
2.1.11. Посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение	22.11	комплексное посещение				
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	23	случай лечения				
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	23.1	случай лечения				
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	23.2	случай лечения				
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	23.3	случай лечения				
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	23.4	случай лечения				
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	24	случай госпитализации				
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	24.1	случай госпитализации				
4.2. стентирование коронарных артерий медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	24.2	случай госпитализации				
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	24.3	случай госпитализации				
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	24.4	случай госпитализации				
4.5. оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (за исключением федеральных медицинских организаций)	24.5	случай госпитализации				
4.6. трансплантация почки	24.6	случай госпитализации				
4.7. высокотехнологичная медицинская помощь	24.7	случай госпитализации				
5. Медицинская реабилитация:	25	X	X	X		
5.1 В амбулаторных условиях	25.1	комплексные посещения				
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	25.2	случай лечения				
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	25.3	случай госпитализации				
7. Расходы на ведение дела СМО	26	X	X	X		
3. Медицинская помощь по видам и заболеваниям, не установленным базовой программой (за счет межбюджетных трансфертов бюджета субъекта Российской Федерации и прочих поступлений)::	27	X	X	X		
1. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь	28	вызов				
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации	29	X	X	X		
2.1. В амбулаторных условиях:	30	X	X	X		
2.1.1. для проведения профилактических медицинских осмотров	30.1	комплексное посещение				
2.1.2. для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	30.2	комплексное посещение				
для проведения углубленной диспансеризации	30.2.1	комплексное посещение				
2.1.3. для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин	30.3	комплексное посещение				
женщины	30.3.1	комплексное посещение				
мужчины	30.3.2	комплексное посещение				
2.1.4. для посещений с иными целями	30.4	посещения				
2.1.5. в неотложной форме	30.5	посещение				
2.1.6. обращения в связи с заболеваниями - всего, из них:	30.6	обращение				
2.1.6.1. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой	30.6.1	консультаций				
2.1.6.2. консультация с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями	30.6.2	консультаций				
2.1.7. Проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (медицинских услуг):	30.7	исследования				
2.1.7.1. компьютерная томография	30.7.1	исследования				
2.1.7.2. магнитно-резонансная томография	30.7.2	исследования				
2.1.7.3. ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	30.7.3	исследования				
2.1.7.4. эндоскопическое диагностическое исследование	30.7.4	исследования				
2.1.7.5. молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	30.7.5	исследования				
2.1.7.6. патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	30.7.6	исследования				
2.1.7.7. ПЭТ-КТ	30.7.7	исследования				
2.1.7.8. ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия	30.7.8	исследования				
2.1.7.9. Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)	30.7.9	исследования				
2.1.7.10. определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом ПЦР (сумма строк 33.7.10 + 41.7.10 + 49.7.10)	30.7.10	исследования				
2.1.7.11. лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа ВГС) (сумма строк 33.7.11+ 41.7.11 + 49.7.11)	30.7.11	исследования				
2.1.8. Школа для больных с хроническими заболеваниями, школа для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе:	30.8	комплексное посещение				
школа сахарного диабета	30.8.1	комплексное посещение				
2.1.9. Диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	30.9	комплексное посещение				

онкологических заболеваний	30.9.1	комплексное посещение				
сахарного диабета	30.9.2	комплексное посещение				
болезней системы кровообращения	30.9.3	комплексное посещение				
2.1.10. Дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов, в том числе	30.10	комплексное посещение				
2.1.10.1. пациентов с сахарным диабетом	30.10.1	комплексное посещение				
2.1.10.2. пациентов с артериальной гипертензией	30.10.2	комплексное посещение				
2.1.11. Посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение	30.11	комплексное посещение				
3. В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	31	случай лечения				
3.1. для медицинской помощи по профилю "онкология", в том числе:	31.1	случай лечения				
3.2. для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	31.2	случай лечения				
3.3. для медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С	31.3	случай лечения				
3.4. высокотехнологичная медицинская помощь	31.4	случай лечения				
4. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	32	случай госпитализации				
4.1. медицинская помощь по профилю "онкология"	32.1	случай госпитализации				
4.2. стентирование коронарных артерий медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	32.2	случай госпитализации				
4.3. имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	32.3	случай госпитализации				
4.4. эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	32.4	случай госпитализации				
4.5. оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (за исключением федеральных медицинских организаций)	32.5	случай госпитализации				
4.6. трансплантация почки	32.6	случай госпитализации				
4.7. высокотехнологичная медицинская помощь	32.7	случай госпитализации				
5. Медицинская реабилитация:	33	X	X	X		
5.1 В амбулаторных условиях	33.1	комплексные посещения				
5.2 В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	33.2	случай лечения				
5.3 Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара	33.3	случай госпитализации				
6. паллиативная медицинская помощь	34	X				
6.1 первичная медицинская помощь, в том числе доврачебная и врачебная, всего, в том числе:	34.1	посещений				
6.1.1 посещение по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами	34.1.1	посещений				
6.1.2 посещения на дому выездными патронажными бригадами	34.1.2	посещений				
6.2. оказываемая в стационарных условиях (включая койки паллиативной медицинской помощи и койки сестринского ухода)	34.2	койко-день				
6.3 оказываемая в условиях дневного стационара	34.3	случай лечения				
7. Расходы на ведение дела СМО	35	X	X	X		
8. Иные расходы	36	X	X	X		

Приложение 3

Коэффициент дифференциации и коэффициент доступности медицинской помощи на 2026 год, рассчитанные в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462

			тыс. рублей
Субъекты Российской Федерации	2026 год		
	Коэффициент дифференциации	Корректирующий коэффициент для ФГУ	Коэффициент доступности медицинской помощи с учетом ограничений не менее 1,0 и не более 1,05
1	2	3	4
Российская Федерация			
Центральный ФО			
Белгородская область	1,000	1,000	1,000
Брянская область	1,000	1,000	1,000
Владимирская область	1,000	1,000	1,000
Воронежская область	1,000	1,000	1,000
Ивановская область	1,000	1,000	1,000
Калужская область	1,000	1,000	1,000
Костромская область	1,000	1,000	1,000
Курская область	1,000	1,000	1,000
Липецкая область	1,000	1,000	1,000
Московская область	1,080	1,000	1,000
Орловская область	1,000	1,000	1,000
Рязанская область	1,000	1,000	1,000
Смоленская область	1,000	1,000	1,000
Тамбовская область	1,000	1,000	1,000
Тверская область	1,000	1,000	1,000
Тульская область	1,000	1,000	1,000
Ярославская область	1,000	1,000	1,000
г. Москва	1,634	0,975	1,000
Северо-Западный ФО			
Республика Карелия	1,520	1,000	1,029
Республика Коми	1,704	1,000	1,050
Архангельская область	1,655	1,000	1,037
Вологодская область	1,124	1,000	1,011
Калининградская область	1,000	1,000	1,000
Ленинградская область	1,000	1,000	1,000
Мурманская область	1,865	1,000	1,019
Новгородская область	1,000	1,000	1,000
Псковская область	1,000	1,000	1,000
г. Санкт-Петербург	1,168	0,980	1,000
Ненецкий а.о.	3,384	1,000	1,050
Южный ФО			
Республика Адыгея	1,000	1,000	1,000
Республика Калмыкия	1,049	1,000	1,024
Республика Крым	1,000	1,000	1,000
Краснодарский край	1,000	1,000	1,000
Астраханская область	1,000	1,000	1,000
Волгоградская область	1,000	1,000	1,000
Ростовская область	1,001	1,000	1,000
г. Севастополь	1,000	1,000	1,000
Северо-Кавказский ФО			
Республика Дагестан	1,005	1,000	1,000
Республика Ингушетия	1,000	1,000	1,000
Кабардино-Балкарская Республика	1,008	1,000	1,000
Карачаево-Черкесская Республика	1,008	1,000	1,000
Республика Северная Осетия - Алания	1,019	1,000	1,000
Чеченская Республика	1,000	1,000	1,000
Ставропольский край	1,002	1,000	1,000
Приволжский ФО			
Республика Башкортостан	1,109	1,000	1,000
Республика Марий Эл	1,000	1,000	1,000
Республика Мордовия	1,000	1,000	1,000
Республика Татарстан	1,000	1,000	1,000
Удмуртская Республика	1,105	1,000	1,000
Чувашская Республика	1,000	1,000	1,000
Пермский край	1,109	1,000	1,000
Кировская область	1,071	1,000	1,000
Нижегородская область	1,004	1,000	1,000
Оренбургская область	1,105	1,000	1,000
Пензенская область	1,007	1,000	1,000
Самарская область	1,000	1,000	1,000
Саратовская область	1,001	1,000	1,000
Ульяновская область	1,000	1,000	1,000
Уральский ФО			
Курганская область	1,105	1,000	1,000
Свердловская область	1,111	1,000	1,000
Тюменская область	1,112	1,000	1,000
Челябинская область	1,112	1,000	1,000
Ханты-Мансийский а.о. - Югра	1,748	1,000	1,026
Ямало-Ненецкий а.о.	2,446	1,000	1,050
Сибирский ФО			
Республика Алтай	1,640	1,000	1,037
Республика Тыва	1,716	1,000	1,043
Республика Хакасия	1,420	1,000	1,010
Алтайский край	1,146	1,000	1,000
Красноярский край	1,517	1,000	1,050
Иркутская область	1,394	1,000	1,028
Кемеровская область - Кузбасс	1,210	1,000	1,000
Новосибирская область	1,140	1,000	1,000
Омская область	1,105	1,000	1,000
Томская область	1,384	1,000	1,026
Дальневосточный ФО			
Республика Бурятия	1,449	1,000	1,030
Республика Саха (Якутия)	3,362	1,000	1,050
Забайкальский край	1,403	1,000	1,037
Камчатский край	3,632	1,000	1,050
Приморский край	1,379	1,000	1,000
Хабаровский край	1,554	1,000	1,050
Амурская область	1,447	1,000	1,040
Магаданская область	3,560	1,000	1,050
Сахалинская область	1,808	1,000	1,016
Еврейская автономная область	1,494	1,000	1,021
Чукотский автономный округ	4,050	1,000	1,050
Байконур	1,280	1,000	1,000
Донецкая Народная Республика	1,001	1,000	1,000
Луганская Народная Республика	1,001	1,000	1,000
Запорожская область	1,000	1,000	1,000
Херсонская область	1,000	1,000	1,000

Приложение 4

Рекомендуемые дифференцированные нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет бюджетных ассигнований бюджетов субъектов Российской Федерации, на 2026 год

Субъект Российской Федерации	Коэффициент дифференциации объема медицинской помощи	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя							
		посещений с профилактическими целями	обращений в связи с заболеваниями	случаев госпитализации в стационар	случаев лечения в дневном стационаре	из них		койко-дней по паллиативной медицинской помощи	в том числе
						первичная медико-санитарная помощь	специализированная медицинская помощь		детского населения
Центральный ФО									
Белгородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Брянская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Владимирская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Воронежская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Ивановская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Калужская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Костромская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Курская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Липецкая область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Московская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Орловская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Рязанская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Смоленская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Тамбовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Тверская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Тульская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Ярославская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
г.Москва	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Северо-Западный ФО									
Республика Карелия	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Республика Коми	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Архангельская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ненецкий автономный округ	1,200	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Вологодская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Калининградская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Ленинградская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Мурманская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Новгородская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Псковская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
г.Санкт-Петербург	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Южный ФО									
Республика Адыгея	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Калмыкия	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Республика Крым	1,200	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Краснодарский край	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Астраханская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Волгоградская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Ростовская область	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
г.Севастополь	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Северо-Кавказский ФО									
Республика Дагестан	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Ингушетия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Кабардино-Балкарская Республика	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Карачаево-Черкесская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Северная Осетия-Алания	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Чеченская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ставропольский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Приволжский ФО									
Республика Башкортостан	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Республика Марий Эл	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Мордовия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Татарстан	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Удмуртская Республика	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Чувашская Республика	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Пермский край	1,000	0,73	0,144	0,0138	0,004	0,00098	0,00302	0,092	0,002054
Кировская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Нижегородская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Оренбургская область	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Пензенская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Самарская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Саратовская область	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ульяновская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Уральский ФО									
Курганская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Свердловская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Тюменская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Ханты-Мансийский автономный округ - Югра	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Ямало-Ненецкий автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Челябинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*

Субъект Российской	Коэффициент дифференциации объема	Рекомендуемый территориальный норматив объема медицинской помощи, оказанной за счет бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ, с учетом коэффициента дифференциации объема медицинской помощи в расчете на 1-го жителя							
						из них			в том числе
Сибирский ФО									
Республика Алтай	0,900	0,66-0,73	0,13-0,144	0,0124-0,0138	0,0036-0,004	0,00088-0,00098	0,00272-0,00302	0,083-0,092	0,0018486-0,002054
Республика Тыва	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Республика Хакасия	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Алтайский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Красноярский край	1,330	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Иркутская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Кемеровская область-Кузбасс	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Новосибирская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Омская область	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Томская область	0,800	0,58-0,73	0,115-0,144	0,0110-0,0138	0,0032-0,004	0,00078-0,00098	0,00242-0,00302	0,074-0,092	0,0016432-0,002054
Дальневосточный ФО									
Республика Бурятия	0,700	0,51-0,73	0,101-0,144	0,0097-0,0138	0,0028-0,004	0,00069-0,00098	0,00211-0,00302	0,064-0,092	0,0014378-0,002054
Республика Саха (Якутия)	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Забайкальский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Камчатский край	1,100	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Приморский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Хабаровский край	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Амурская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Магаданская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Сахалинская область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
область	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*
Чукотский автономный округ	1,300	0,73*	0,144*	0,0138*	0,004*	0,00098*	0,00302*	0,092*	0,002054*

*) территориальный норматив может превышать средний норматив, установленный Программой, при условии установления стоимости единицы объма медицинской помощи в соответствии с параметрами Программы

Приложение 5

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий, в том числе территориальной программы обязательного медицинского страхования, и перечень медицинских организаций, проводящих профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию в 2026 году

№ п/п	Код медицинской организации по реестру	Наименование медицинской организации	в том числе <*>									
			Осуществляющие деятельность в рамках выполнения государственного задания за счет средств бюджетных ассигнований бюджета субъекта РФ	Осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования	из них							
					Проводящие профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию	в том числе:		Проводящие диспансерное наблюдение	Проводящие медицинскую реабилитацию	в том числе:		
						углубленную диспансеризацию	для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин			в амбулаторных условиях	в условиях дневных стационаров	в условиях круглосуточных стационаров
Итого медицинских организаций, участвующих в территориальной программе государственных гарантий, всего в том числе												
медицинских организаций, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, которым комиссией распределяются объемы специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров												

<*> Заполняется знак отличия (1).

Приложение 6

Объем
медицинской помощи по профилактическим медицинским осмотрам
и диспансеризации на 2026 год

№ строки	Возраст, лет/месяцев	Численность застрахованных лиц на 01.01.2025, человек			Профилактический медицинский осмотр							Диспансеризация						
					Прогнозный отклик на профилактический медицинский осмотр, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру, человек			Фактическое исполнение в 2025 году, человек			Прогнозный отклик на прохождение диспансеризации, %	Численность застрахованных лиц, подлежащих прохождению диспансеризации, человек			Фактическое исполнение в 2025 году, человек		
		всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин		всего	мужчин	женщин	всего	мужчин	женщин
А	1	2	3	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Всего (3 + 4) <*>																	
2	Всего (без учета осмотров за счет средств работодателей и детей-сирот) (3 + 4.2)																	
3	дети, всего																	
	в том числе (3.1 + 3.2): <**>																	
3.1	дети-сироты старше 2 лет, подлежащие диспансеризации																	
3.2	дети (без учета детей-сирот)																	
4	взрослые, всего																	
	в том числе (4.1 + 4.2):																	
4.1	за счет средств работодателей																	
4.2	взрослые (без учета средств работодателей)																	
4.2.1	в том числе старше 65 лет <***>																	
5	0 - 11 мес. <****>																	
5.1	0 мес. <****>																	
5.2	1 мес. <****>																	
5.3	2 мес. <****>																	
5.4	3 мес. <****>																	
5.5	4 мес. <****>																	
5.6	5 мес. <****>																	
5.7	6 мес. <****>																	
5.8	7 мес. <****>																	
5.9	8 мес. <****>																	
5.10	9 мес. <****>																	
5.11	10 мес. <****>																	
5.12	11 мес. <****>																	
6	1 год <****>																	
6.1	1 год 3 мес. <****>																	
6.2	1 год 6 мес. <****>																	
7	2 года																	
8	3 года																	
9	4 года																	
10	5 лет																	
11	6 лет																	
12	7 лет																	
13	8 лет																	
14	9 лет																	
15	10 лет																	
16	11 лет																	
17	12 лет																	
18	13 лет																	
19	14 лет																	
20	15 лет																	
21	16 лет																	
22	17 лет																	
23	18 лет																	
24	19 лет																	
25	20 лет																	
26	21 лет																	
27	22 лет																	
28	23 лет																	
29	24 лет																	
30	25 лет																	
31	26 лет																	
32	27 лет																	
33	28 лет																	
34	29 лет																	
35	30 лет																	
36	31 лет																	
37	32 лет																	
38	33 лет																	
39	34 лет																	
40	35 лет																	
41	36 лет																	
42	37 лет																	
43	38 лет																	
44	39 лет																	
45	40 лет																	
46	41 лет																	
47	42 лет																	
48	43 лет																	
49	44 лет																	
50	45 лет																	
51	46 лет																	
52	47 лет																	
53	48 лет																	
54	49 лет																	
55	50 лет																	
56	51 лет																	
57	52 лет																	
58	53 лет																	
59	54 лет																	
60	55 лет																	
61	56 лет																	
62	57 лет																	
63	58 лет																	
64	59 лет																	
65	60 лет																	
66	61 лет																	
67	62 лет																	
68	63 лет																	
69	64 лет																	
70	65 лет																	
71	66 лет																	
72	67 лет																	
73	68 лет																	
74	69 лет																	
75	70 лет																	
76	71 лет																	
77	72 лет																	
78	73 лет																	
79	74 лет																	
80	75 лет																	
81	76 лет																	
82	77 лет																	
83	78 лет																	
84	79 лет																	
85	80 лет																	
86	81 лет																	
87	82 лет																	
88	83 лет																	
89	84 лет																	
90	85 лет																	
91	86 лет																	
92	87 лет																	
93	88 лет																	
94	89 лет																	
95	90 лет																	
96	91 лет																	
97	92 лет																	
98	93 лет																	
99	94 лет																	
100	95 лет																	
101	96 лет																	
102	97 лет																	
103	98 лет																	
104	99 лет																	
105	100 лет и старше																	

<*> Целевые показатели охвата населения профилактическими мероприятиями, установленные федеральным проектом "Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи" национального проекта "Здравоохранение".

<**> Целевые показатели охвата несовершеннолетних в возрасте 15 - 17 лет профилактическими медицинскими осмотрами: девочек - врачами акушерами-гинекологами, мальчиков - детскими врачами урологами-андрологами, установленные федеральным проектом "Развитие детского здравоохранения, включая создание системы современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям" национального проекта "Здравоохранение".

<***> Целевые показатели охвата профилактическими медицинскими осмотрами лиц старше трудоспособного возраста, установленные федеральным проектом "Старшее поколение" национального проекта "Демография".

<****> Кратность посещения.

Приложение 7

Объем медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, на 1 жителя/застрахованное лицо на 2026 год

№ строки	Показатель (на 1 жителя/застрахованное лицо)	Источник финансового обеспечения	
		Бюджетные ассигнования бюджета субъекта РФ	Средства ОМС
1	Объем посещений с профилактической и иными целями, всего (сумма строк 2 + 3 + 4 + 5 + 12 + 13), всего,		
	в том числе:		
2	I. Норматив объема комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения)		
3	II. Норматив объема комплексных посещений для проведения диспансеризации, в том числе:		
3.1	для проведения углубленной диспансеризации		
4	III. Норматив объема комплексных посещений для проведения диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья женщин и мужчин		
4.1	женщины		
4.2	мужчины		
5	IV. Норматив посещений с иными целями (сумма строк 6 + 9 + 10 + 11), в том числе		
6	норматив посещений для паллиативной медицинской помощи (сумма строк 7 + 8), в том числе		
7	норматив посещений по паллиативной медицинской помощи без учета посещений на дому патронажными бригадами паллиативной медицинской помощи		
8	норматив посещений на дому выездными патронажными бригадами		
9	объем разовых посещений в связи с заболеванием		
10	объем посещений с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и др.)		
11	объем посещений медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием		
12	V. Посещения с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение		
13	VI. Объем комплексных посещений для школы для больных с хроническими заболеваниями, школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в том числе		
13.1	школа сахарного диабета		
	Справочно:		
	объем посещений центров амбулаторной онкологической помощи		
	объем посещений для проведения 2 этапа диспансеризации		
	объем комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения)		
	объем комплексных посещений дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, в том числе:		
	пациентов с сахарным диабетом		
	пациентов с артериальной гипертензией		

Приложение 8

Объем и финансовое обеспечение отдельных диагностических и лабораторных исследований на 2026 год

№ строки	Показатель	Объем медицинской помощи		Финансовое обеспечение медицинской помощи		Объем медицинской помощи		Финансовое обеспечение медицинской помощи	
		План на 2026 год				Фактическое исполнение в 2025 году			
		количество исследований	на одно застрахованное лицо	размер финансового обеспечения	норматив/размер финансовых затрат на одно исследование	количество исследований	на одно застрахованное лицо	размер финансового обеспечения	норматив/размер финансовых затрат на одно исследование
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 = сумма строк с 1.1 по 1.3 (2 - 4 графы)	Компьютерная томография								
1.1	без контрастирования								
1.2	с внутривенным контрастированием								
1.3	иные								
2 = сумма строк с 2.1 по 2.3 (2 - 4 графы)	Магнитно-резонансные томографии								
2.1	без контрастирования								
2.2	с внутривенным контрастированием								
2.3	иные								
3 = сумма строк с 3.1 по 3.4 (2 - 4 графы)	Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы								
3.1	эхокардиография								
3.2	допплерография сосудов								
3.3	дуплексное сканирование сосудов								
3.4	иные								
4 = сумма строк с 4.1 по 4.8 (2 - 4 графы)	Эндоскопическое диагностическое исследование								
4.1	бронхоскопия								
4.2	эзофагогастродуоденоскопия								
4.3	интестиноскопия								
4.4	колоноскопия								
4.5	ректосигмоидоскопия								
4.6	видеокапсульные исследования								
4.7	эндосонография								
4.8	иные								
5 = сумма строк с 5.1 по 5.11 (2 - 4 графы)	Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний								
5.1	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRAF								
5.2	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене EGFR								
5.3	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене KRAS								
5.4	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене NRAS								
5.5	FISH HER2								
5.6	молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене BRCA 1/BRCA 2								
5.7	выполненные с применением метода секвенирования нового поколения NGS BRCA 1/BRCA 2								
5.8	определение микросателлитной нестабильности MSI								
5.9	молекулярно-генетическое исследование гена ALK методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)								
5.10	определение амплификации гена ERBB2 (HER2/Neu) методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)								
5.11	иные								
6	Патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии								
7	ПЭТ-КТ								
8	ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия								
9	Неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери)								
10	Определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции								
11	Лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)								

Приложение 9

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПОПРАВОЧНЫЕ КОЭФФИЦИЕНТЫ
СТОИМОСТИ ОБРАЩЕНИЯ С УЧЕТОМ КРАТНОСТИ ПОСЕЩЕНИЙ ПО ПОВОДУ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ОСНОВНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

Специальности<**>	Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном обращении	Поправочный коэффициент кратности посещений в одном обращении	Относительный коэффициент стоимости посещения с учетом специальности <*>	Поправочный коэффициент стоимости обращения (гр. 3 х гр. 4)
1	2	3	4	5
Кардиология и ревматология	3,1	1,19	0,974	1,16
Педиатрия	2,8	1,08	1,29	1,39
Терапия	2,7	1,04	0,8554	0,89
Эндокринология	2,5	0,96	1,7598	1,69
Аллергология	2,6	1	1,6206	1,62
Неврология	2,9	1,12	1,0148	1,13
Инфекционные болезни	2,4	0,92	1,2842	1,19
Хирургия	3	1,15	0,9113	1,05
Урология	2,6	1	0,7374	0,74
Акушерство-гинекология	3,8	1,46	1,1941	1,75
Оториноларингология	4,1	1,58	0,7102	1,12
Офтальмология	3,8	1,46	0,6088	0,89
Дерматология	4,2	1,62	0,7348	1,19
Венерология	2,7	1,04	0,8962	0,93
ИТОГО:	2,6	1	1	1

<*> Размер относительного коэффициента стоимости посещения по поводу заболевания применим и для посещения с профилактической целью

<**> Учитывается среднее время приема врача-гериатра в поликлинике 45 минут и поправочный коэффициент стоимости обращения (посещения) к врачу гериатру 1,04.

Приложение 10

Количество и финансовое обеспечение
фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов на 2026 год

Показатель	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей	Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 800 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 801 до 1500 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей		Фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий свыше 2000 жителей
		Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	Всего	в том числе соответствующих приказу МЗ РФ	
Количество ФП, ФАП								
Размер финансового обеспечения, тыс. руб. (всего)								

Приложение 11

Плановые и фактические объемы
оказания и финансирования медицинской помощи, оказанной
по профилю "Медицинская реабилитация"

(наименование субъекта Российской Федерации)

Вид медицинской помощи	Единица измерения	№ стр.	Объемы медицинской помощи и финансирования за счет:											
			План на 2026 год						Фактическое исполнение в 2025 году					
			Всего		в том числе по источникам				Всего		в том числе по источникам			
					Бюджетные		Средств ОМС				Бюджетные		Средств ОМС	
			объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования	объемы оказания	объемы финансирования
1	2	3	4 = 6 + 8	5 = 7 + 9	6	7	8	9	10 = 12 + 14	11 = 13 + 15	12	13	14	15
Объемы оказания и финансирования медицинской помощи - всего (сумма строк 02 + 10)	рублей	1												
первичная медико-санитарная помощь всего (сумма строк 04 + 09), из них	рублей	2												
медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в том числе	комплексных посещений	3												
	рублей	4												
на дому	комплексных посещений	5												
	рублей	6												
медицинская помощь в условиях дневного стационара	пациенто-дней	7												
	случаев лечения	8												
	рублей	9												
специализированная медицинская помощь, всего (сумма строк 13 + 16), из них	рублей	10												
специализированная медицинская помощь, оказанная в стационарных условиях	койко-дней	11												
	случаев госпитализации	12												
	рублей	13												
медицинская помощь в условиях дневного стационара	пациенто-дней	14												
	случаев лечения	15												
	рублей	16												

Приложение 12

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ОБЪЕМЫ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ ПО ПРОФИЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Профиль медицинской помощи <**>	Рекомендуемое число случаев госпитализации на 1000 жителей/застрахованных в год	Используемая при расчете средняя длительность пребывания одного пациента в стационаре (дней)	Рекомендуемое число койко-дней (круглосуточного пребывания) на 1000 жителей/застрахованных		
			Всего	в том числе для	
				взрослых	детей
Акушерское дело	0,710	5,600	3,976	3,976	0,000
Акушерство и гинекология	25,469	6,600	168,095	167,252	0,843
Аллергология и иммунология	0,401	9,100	3,649	2,489	1,160
Гастроэнтерология	2,604	10,800	28,123	19,939	8,184
Гематология	1,542	13,000	20,046	11,607	8,439
Гериатрия	1,268	14,000	17,752	17,752	0,000
Дерматовенерология (дерматологические койки)	1,028	12,300	12,644	8,977	3,667
Инфекционные болезни	10,734	7,100	76,211	37,724	38,487
Кардиология	9,386	10,800	101,369	97,612	3,757
Колопроктология	1,220	9,900	12,078	9,964	2,114
Медицинская реабилитация	5,869	16,500	96,839	57,232	39,607
Неврология	12,200	12,100	147,620	130,941	16,679
Нейрохирургия	3,247	10,700	34,743	26,264	8,479
Неонатология	1,997	12,100	24,164	0,000	24,164
Нефрология	1,100	11,500	12,650	8,026	4,624
Онкология, радиология, радиотерапия	14,388	10,800	155,390	148,242	7,148
Оториноларингология	4,138	7,600	31,449	19,770	11,679
Офтальмология	5,515	6,000	33,090	25,148	7,942
Педиатрия	7,200	8,600	61,920	0,000	61,920
Пульмонология	3,408	11,300	38,510	31,732	6,778
Ревматология	1,328	13,100	17,397	12,647	4,750
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	5,010	9,700	48,597	44,412	4,185
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	2,454	10,300	25,276	24,492	0,784
Терапия <***>	19,866	10,100	200,647	198,239	2,408
Травматология и ортопедия	9,400	11,100	104,340	80,183	24,157
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	6,476	8,900	57,636	48,933	8,703
Хирургия (комбустиология)	0,288	13,500	3,888	2,706	1,182
Торакальная хирургия	0,445	13,300	5,919	4,823	1,096
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	19,825	8,900	176,443	158,794	17,649
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	1,300	7,700	10,010	8,122	1,888
Эндокринология	2,577	11,600	29,893	15,482	14,411
Всего по базовой программе ОМС	182,393	9,651	1 760,364	1 423,480	336,884
Психиатрия	4,700	62,600	294,220	275,990	18,230
Психиатрия-наркология	4,400	11,100	48,840	47,860	0,980
Фтизиатрия	1,400	92,900	130,060	115,753	14,307
Дерматовенерология (венерологические койки)	0,500	14,000	7,000	6,069	0,931
Прочие профили, незастрахованные лица	2,800	8,000	22,400	0,000	0,000
Всего за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации	**13,800**	**36,414**	**502,520**	**452,268**	**50,252**
Всего по специализированной медицинской помощи в стационарных условиях	**196,193**	**11,534**	**2 262,884**	**1 875,748**	**387,136**

<*> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилям "Скорая медицинская помощь", "Анестезиология и реаниматология".

<**> В соответствии с приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. N 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи".

<***> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю "Токсикология".

Приложение 13

Планирование объемов оказания медицинской помощи и их финансирования в рамках территориальных программ ОМС на территории страхования и за ее пределами на 2026 год

Вид, условия оказания медицинской помощи/профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застрахованных в год)	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в год)	Объемы оказания медицинской помощи																		Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи, тыс. руб.															
				Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования								Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования					
						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ			
						всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям			всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям
А	Б	1	2	3	3.1	4	4.1	5	5.1	6	6.1	7	7.1	8	8.1	9	9.1	10	10.1	11	11.1	12	12.1	13	13.1	14	14.1	15	15.1	16	16.1	17	17.1	18	18.1	19	19.1	20	20.1
Всего, в том числе:	1 = 2 + 3 + 4 + 5	x	x																																				
скорая медицинская помощь	2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
медицинская помощь в амбулаторных условиях (посещения/обращения)	3 = сумме строк с 3.1 по 3.31, за исключением 3.14.1, 3.30.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Акушерство и гинекология	3.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Аллергология и иммунология	3.2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гастроэнтерология	3.3	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гематология	3.4	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гериатрия	3.5	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Дерматовенерология (дерматологические койки)	3.6	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Инфекционные болезни	3.7	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Кардиология	3.8	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Колопроктология	3.9	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Медицинская реабилитация	3.10	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неврология	3.11	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нейрохирургия	3.12	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неонатология	3.13	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нефрология	3.14	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
оказание услуг диализа	3.14.1	x	x																																				
Онкология, радиология, радиотерапия	3.15	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Оториноларингология	3.16	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Офтальмология	3.17	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Педиатрия	3.18	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Пульмонология	3.19	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Ревматология	3.20	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	3.21	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	3.22	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Терапия <**>	3.23	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Торакальная хирургия	3.24	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Травматология и ортопедия	3.25	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	3.26	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	3.27	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (комбустиология)	3.28	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	3.29	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Эндокринология, в том числе:	3.30	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
в части ведения школ для больных сахарным диабетом	3.30.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Прочие	3.31																																						
медицинская помощь в условиях дневного стационара	4 = сумме строк с 4.1 по 4.31, за исключением 4.7.1, 4.14.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Акушерство и гинекология	4.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Аллергология и иммунология	4.2	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гастроэнтерология	4.3	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гематология	4.4	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Гериатрия	4.5	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Дерматовенерология (дерматологические койки)	4.6	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Инфекционные болезни, в том числе:	4.7	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
гепатит С	4.7.1	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Кардиология	4.8	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Колопроктология	4.9	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Медицинская реабилитация	4.10	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неврология	4.11	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нейрохирургия	4.12	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Неонатология	4.13	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Нефрология	4.14	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
оказание услуг диализа	4.14.1	x	x																																				
Онкология, радиология, радиотерапия	4.15	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Оториноларингология	4.16	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Офтальмология	4.17	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Педиатрия	4.18	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x

Вид, условия оказания медицинской помощи/профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застрахованных в год)	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в год)	Объемы оказания медицинской помощи																		Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи, тыс. руб.															
				Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования								Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования					
						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ						всего				всего				всего				всего			
						всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям			всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям
Пульмонология	4.19	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Ревматология	4.20	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	4.21	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	4.22	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Терапия <**>	4.23	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Торакальная хирургия	4.24	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Травматология и ортопедия	4.25	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	4.26	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	4.27	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Хирургия (комбустиология)	4.28	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	4.29	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Эндокринология	4.30	x	x					x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Прочие	4.31																																						
в условиях круглосуточного стационара	5 = сумме строк с 5.1 по 5.36, за исключеним 5.8.1, 5.15.1, 5.23, 5.24, 5.26, 5.27	182,393																																					
Акушерское дело	5.1	0,710																																					
Акушерство и гинекология	5.2	25,469																																					
Аллергология и иммунология	5.3	0,401																																					
Гастроэнтерология	5.4	2,604																																					
Гематология	5.5	1,542																																					
Гериатрия	5.6	1,268																																					
Дерматовенерология (дерматологические койки)	5.7	1,028																																					
Инфекционные болезни, в том числе:	5.8	10,734																																					
гепатит С	5.8.1	x						x	x			x	x			x	x			x	x					x	x			x	x			x	x			x	x
Кардиология	5.9	9,386																																					
Колопроктология	5.10	1,220																																					
Медицинская реабилитация	5.11	5,869																																					
Неврология	5.12	12,200																																					
Нейрохирургия	5.13	3,247																																					
Неонатология	5.14	1,997																																					
Нефрология	5.15	1,100																																					
оказание услуг диализа	5.15.1	x																																					
Онкология, радиология, радиотерапия	5.16	14,388																																					
Оториноларингология	5.17	4,138																																					
Офтальмология	5.18	5,515																																					
Педиатрия	5.19	7,200																																					
Пульмонология	5.20	3,408																																					
Ревматология	5.21	1,328																																					
Сердечно-сосудистая хирургия (кардиохирургические койки)	5.22	5,010																																					
имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым	5.23	x																																					
эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	5.24	x																																					
Сердечно-сосудистая хирургия (койки сосудистой хирургии)	5.25	2,454																																					
стентирование коронарных артерий медицинскими организациями	5.26	x																																					
оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях	5.27	x																																					
Терапия <**>	5.28	19,866																																					
Торакальная хирургия	5.29	0,445																																					
Травматология и ортопедия	5.30	9,400																																					
Урология (в т.ч. детская урология-андрология)	5.31	6,476																																					
Хирургия (в т.ч. абдоминальная хирургия, трансплантация органов и (или) тканей, трансплантация костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток, пластическая хирургия)	5.32	19,825																																					
Трансплантация почки	5.32.1	x																																					
Хирургия (комбустиология)	5.33	0,288																																					
Челюстно-лицевая хирургия, стоматология	5.34	1,300																																					

Вид, условия оказания медицинской помощи/профиль медицинской помощи <*>	№ строки	Рекомендуемое число случаев госпитализации (на 1000 жителей/застрахованных в год)	Расчетные объемы медицинской помощи (число случаев в год)	Объемы оказания медицинской помощи																Финансовое обеспечение оказания медицинской помощи, тыс. руб.															
				Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования								Всего	в том числе детям	на территории страхования								за пределами территории страхования							
						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ						всего				в том числе в ФГУ				всего				в том числе в ФГУ			
						всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям			всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям	всего	в том числе детям	в том числе ВМП	в том числе детям
Эндокринология	5.35	2,577																																					
Прочие	5.36	x																																					

Справочно:

Предусмотрено законом о бюджете ТФОМС на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов (№ и дата НПА) средств на оказание медицинской помощи за пределами территории страхования, тыс. руб.
Сумма принятых к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь за пределами территории страхования в 2025 году, тыс. руб.

<*> В соответствии с приказом Минздрава России от 17 мая 2012 г. № 555н "Об утверждении коечного фонда по профилям медицинской помощи".

<**> Включая объем специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю "Токсикология".

Приложение 14

МЕТОДИКА
ПЛАНИРОВАНИЯ РЕСУРСОВ ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ

1. Медицинская помощь в стационарных условиях

1.1. Определение абсолютного количества коек (К):

$$К = \frac{N_{К/Д} \times Н}{1000 \times Д}$$, где

$N_{К/Д}$ - число койко-дней на 1000 жителей (утвержденный норматив по территориальной программе государственных гарантий, равен произведению уровня госпитализации на 1000 жителей на средние сроки лечения 1-го больного в стационаре);

Н - численность населения;

Д - среднегодовая занятость койки.

С помощью данной методики можно определить абсолютное количество коек, необходимое для реализации территориальной программы государственных гарантий как в целом, так и по профилям отделений больничных учреждений.

1.2. Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

Д = 365 дней в году - t_r - (t_0 x F), где:

t_r - среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10 - 15 дней в году), для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

t_0 - простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время, необходимое на санацию койки после выписки и приема больного, и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5 - 3; инфекционных - 3; коек для абортов - 0,5 и т.п.);

F - плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

1.3. Определение планового оборота койки (F):

$$F = \frac{365 - r}{T + t_0}$$, где

Т - средние сроки лечения.

Пример: расчет необходимого числа коек терапевтического профиля.

Т = 14,6 дней; Н = 1 000 000 человек; t_r = 10,0 дней; t_0 = 1,0 день,

$N_{К/Д}$ = 353,32 койко-дня на 1000 жителей.

$$F = \frac{365 - 1}{14{,}6 + 1} = 23$$

Д = 365 - 10 - (1 Х 23) = 332 дня.

$$К = \frac{353{,}32 \times 1\,000\,000}{1000 \times 332} = 1064$$ койки терапевтического профиля.

2. Медицинская помощь в амбулаторных условиях

Планирование числа врачей в амбулаторных учреждениях рекомендуется осуществлять с использованием следующей методики:

$$В = \frac{П \times Н}{Ф}$$, где:

В - число врачебных должностей;

П - утвержденный норматив посещений на одного жителя в год;

Н - численность населения;

Ф - функция врачебной должности (плановое число посещений на 1 врачебную должность в год).

Рекомендуемый норматив времени на 1 посещение участкового терапевта, врача общей практики, участкового педиатра составляет в среднем 20 минут.

Число посещений на одного жителя в год (П) складывается из первичных и повторных посещений по поводу заболеваний, а также посещений с профилактической целью.

МЕТОДИКА
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ НА ОСНОВЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ФУНКЦИИ ВРАЧЕБНОЙ ДОЛЖНОСТИ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

1. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оценивается коэффициент выполнения функции врачебной должности ($К_в$).

$$К_в = \frac{Р_ф}{Р_н}$$, где:

$Р_ф$ - фактическое число посещений;

$Р_н$ - плановое, нормативное число посещений.

2. Для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оценивается коэффициент эффективного использования коечного фонда ($К_э$) на основе оценки рационального и целевого использования коечного фонда.

а) Показатель рационального использования коечного фонда оценивается как обеспечение нормативных показателей занятости койки при соблюдении нормативных сроков лечения

$$К_r = O_f \div O_n$$, где:

O_f - фактический оборот койки, как отношение фактической занятости койки (U_f) к фактическим срокам лечения (B_f);

O_n - нормативный оборот койки, как нормативная занятость койки (U_n) к нормативному сроку лечения (B_n).

$$K_r = \frac{O_f}{O_n} = \frac{U_f}{B_f} \div \frac{U_n}{B_n}$$

б) Коэффициент целевого использования коечного фонда отражает занятость койки для обоснованной госпитализации стационарных больных, не может быть более 1.

$$K_s = \frac{U_s}{U_o}$$, где:

K_s - коэффициент целевого использования коечного фонда;

U_s - количество больных, госпитализированных при наличии обоснованных показаний для стационарного лечения;

U_o - общее количество госпитализированных больных.

в) Коэффициент экономической эффективности использования коечного фонда ($К_Э$) определяется как интегральный показатель, отражающий степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда

$$К_Э = K_r \times K_s$$

3. Определение коэффициентов финансовых затрат поликлиники ($К_п$) и стационара ($К_с$).

Для этого сумма фактических расходов поликлиники ($Ф_п$) и стационара ($Ф_с$) сравнивается с утвержденными суммами расходов по поликлинике ($П_п$) и стационару ($П_с$)

$$К_п = \frac{Ф_п}{П_п} \quad К_с = \frac{Ф_с}{П_с}$$

Эффективной следует считать деятельность поликлиники и стационара, если $К_п$ и $К_с$ ниже $К_в$ и $К_э$.

Примеры: $К_в$ = 0,85 и $К_п$ = 0,8. Поликлиника работает эффективно, поскольку при финансовом обеспечении 80% функция врачебной должности выполняется на 85%;

$К_э$. = 0,7 и $К_с$ = 0,9. Стационар работает неэффективно, поскольку при финансовом обеспечении 90% коечный фонд используется лишь на 70%.

При этом, неэффективной считается деятельность стационара, при условии превышения используемых в Методике коэффициента финансовых затрат стационара (Кс) над коэффициентом экономической эффективности использования коечного фонда ($К_э$).

Для определения потребности в мощностях медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара и в стационарных условиях, рекомендуется проводить расчеты обеспеченности коечным фондом по каждому профилю медицинской помощи.

Рекомендованное число дней работы койки в году

Профили больничных коек	Рекомендованное число дней работы койки в году		
	Дети	Взрослые	Все население
1	2	3	4
Кардиологические, в т.ч.	337	336	336
кардиологические	337	336	336
кардиоревматологические для детей	337		337
Ревматологические	334	338	337
Гастроэнтерологические	335	335	335
Пульмонологические	333	335	335
Эндокринологические	332	337	336
Нефрологические	338	329	331
Гематологические	338	338	338
Аллергологические	337	335	335
Педиатрические	326	326	326
Терапевтические, в т.ч.	329	332	332
терапевтические	329	332	332
геронтологические		329	329
профпатологии		332	332
Патология недоношенных и новорожденных	337		337
Травматологические	324	333	332
Ортопедические	340	339	339
Урологические	325	329	328
Нейрохирургические	326	332	331
Ожоговые	337	337	337

Стоматологические	318	326	325
Торакальной хирургии	331	340	338
Проктологические	334	335	335
Кардиохирургические	335	335	335
Сосудистой хирургии	335	335	335
Хирургические, в т.ч. гнойной хирургии	305	329	325
Онкологические, в т.ч.	333	337	336
онкологические	333	337	336
радиологические и рентгенологические	333	337	336
Гинекологические	317	318	318
Оториноларингологические	317	324	322
Офтальмологические	324	327	327
Неврологические	335	336	336
Дерматовенерологические, в т.ч.			
дерматологические	334	334	334
венерологические	339	339	339
Инфекционные	262	250	250
Для беременных и рожениц	252	252	252
Патологии беременности	325	325	325
Для производства абортов	283	283	283
Психиатрические	345	348	348
Наркологические	337	338	338
Туберкулезные	341	338	338
Прочие, в т.ч.	320	320	320
паллиативные, сестринского ухода	330	330	330

прочие (реанимация и интенсивная терапия, токсикология, общие, прочие для взрослых)			320

При отсутствии данных о нормативах деятельности стационара принимаются значения среднегодовой занятости койки - 340 дней, средних сроков лечения - 11,4 дней и оборота койки - 29,8 больных за год.

Приложение 16

Количество
посещений при оказании медицинской помощи в амбулаторных
условиях на 2026 год

Специальности	№ строки	за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации*							за счет средств обязательного медицинского страхования						
		абсолютное кол-во посещений	врачи			средний мед. персонал			абсолютное кол-во посещений	врачи			средний мед. персонал		
			штатные должности	занятые должности	физические лица	штатные должности	занятые должности	физические лица		штатные должности	занятые должности	физические лица	штатные должности	занятые должности	физические лица
А	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Кардиология и ревматология	1														
Педиатрия	2														
Терапия	3														
Эндокринология	4														
Аллергология и иммунология	5														
Неврология	6														
Инфекционные болезни	7														
Хирургия	8														
Урология	9														
Стоматология	10														
Акушерство и гинекология	11														
Онкология	12														
Оториноларингология	13														
Офтальмология	14														
Дерматология	15														
Медицинская реабилитация	16														
Гериатрия	17														
Прочие специальности	18														
Посещения центров здоровья	19														
Посещения к среднему медицинскому персоналу	20														
Итого по базовой программе ОМС	21														
Психиатрия	22														
Наркология	23														
Фтизиатрия	24														
Венерология	25														
Паллативная медицинская помощь	26														
Прочие <*>	27														
Итого за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации	28														
Всего:	29														

Количество посещений по строке 29 графы 2 и графы 9 Приложения 17 должно соответствовать количеству посещений в строке "01" Приложения 16.

Приложение 17

Рекомендуемое распределение объемов медицинской помощи по ПЭТ-КТ и ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфии на 1 застрахованное лицо по субъектам Российской Федерации в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования

№	Наименование субъекта Российской Федерации	Численность граждан, застрахованных по ОМС на 01.01.2025	ПЭТ-КТ	ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия
			Количество исследований на 1 застрахованное лицо	Количество исследований на 1 застрахованное лицо
А	Б	В	1	2
1	**Российская Федерация**			
2	**Центральный федеральный округ**			
3	Белгородская область	1 459 283	0,002203	0,003650
4	Брянская область	1 111 951	0,002844	0,004374
5	Владимирская область	1 295 136	0,002080	0,003606
6	Воронежская область	2 251 011	0,002179	0,003600
7	Ивановская область	902 876	0,002633	0,004112
8	Калужская область	978 477	0,002375	0,003798
9	Костромская область	603 039	0,002151	0,003484
10	Курская область	1 038 035	0,002537	0,004016
11	Липецкая область	1 093 050	0,002294	0,004048
12	Московская область	7 967 032	0,001662	0,003159
13	Орловская область	702 292	0,002448	0,003883
14	Рязанская область	1 058 936	0,002424	0,003893
15	Смоленская область	855 887	0,002448	0,003911
16	Тамбовская область	910 263	0,002202	0,003802
17	Тверская область	1 198 000	0,002472	0,003807
18	Тульская область	1 372 392	0,001918	0,003702
19	Ярославская область	1 263 935	0,002423	0,003793
20	г. Москва	12 973 303	0,001970	0,004347
21	**Северо-Западный федеральный округ**			
22	Республика Карелия	602 801	0,002367	0,003654
23	Республика Коми	774 153	0,002178	0,003504

№	Наименование субъекта Российской Федерации	Численность граждан, застрахованных по ОМС на 01.01.2025	ПЭТ-КТ	ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия
			Количество исследований на 1 застрахованное лицо	Количество исследований на 1 застрахованное лицо
А	Б	В	1	2
24	Архангельская область без автономного округа	1 023 776	0,002504	0,003880
25	Вологодская область	1 142 101	0,001974	0,003328
26	Калининградская область	1 052 098	0,001865	0,003201
27	Ленинградская область	1 630 523	0,001441	0,003024
28	Мурманская область	665 990	0,002418	0,003831
29	Новгородская область	566 276	0,002408	0,004159
30	Псковская область	582 640	0,002408	0,003849
31	город Санкт - Петербург	6 143 400	0,001902	0,003410
32	Ненецкий автономный округ	40 389	0,001588	0,002899
33	**Южный федеральный округ**			
34	Донецкая Народная Республика	1 420 666	0,002374	0,004585
35	Луганская Народная Республика	973 197	0,002377	0,004335
36	Республика Адыгея	413 898	0,002323	0,003957
37	Республика Калмыкия	225 469	0,001527	0,003016
38	Республика Крым	1 911 996	0,001875	0,003232
39	Краснодарский край	5 995 042	0,001986	0,003536
40	Астраханская область	911 084	0,001966	0,003371
41	Волгоградская область	2 171 631	0,002395	0,004912
42	Запорожская область	421 717	0,001890	0,003611
43	Ростовская область	4 137 198	0,001776	0,003130
44	Херсонская область	217 250	0,000745	0,002592
45	город Севастополь	474 825	0,002448	0,004082
46	**Северо-Кавказский федеральный округ**			
47	Республика Дагестан	2 557 122	0,001076	0,002577
48	Республика Ингушетия	439 233	0,001165	0,002584
49	Кабардино-Балкарская Республика	734 455	0,001723	0,003299
50	Карачаево-Черкесская Республика	394 109	0,001908	0,003466

№	Наименование субъекта Российской Федерации	Численность граждан, застрахованных по ОМС на 01.01.2025	ПЭТ-КТ	ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия
			Количество исследований на 1 застрахованное лицо	Количество исследований на 1 застрахованное лицо
А	Б	В	1	2
51	Республика Северная Осетия - Алания	665 782	0,001751	0,003110
52	Чеченская Республика	1 477 678	0,000883	0,002099
53	Ставропольский край	2 542 472	0,002103	0,003641
54	**Приволжский федеральный округ**			
55	Республика Башкортостан	3 836 028	0,001745	0,004048
56	Республика Марий Эл	644 223	0,001857	0,003255
57	Республика Мордовия	680 036	0,003080	0,004758
58	Республика Татарстан	3 827 613	0,002121	0,003899
59	Удмуртская Республика	1 460 654	0,002113	0,003480
60	Чувашская Республика	1 173 514	0,001955	0,003317
61	Пермский край	2 527 046	0,001874	0,003426
62	Кировская область	1 224 801	0,002509	0,003874
63	Нижегородская область	3 061 383	0,002538	0,003993
64	Оренбургская область	1 876 103	0,002281	0,003667
65	Пензенская область	1 208 293	0,002762	0,004279
66	Самарская область	3 101 346	0,002626	0,003928
67	Саратовская область	2 233 218	0,002297	0,004099
68	Ульяновская область	1 149 287	0,002496	0,003971
69	**Уральский федеральный округ**			
70	Курганская область	760 590	0,002156	0,003546
71	Свердловская область	4 299 148	0,002210	0,003591
72	Тюменская область без автономного округа	1 673 109	0,002066	0,003554
73	Челябинская область	3 396 226	0,002315	0,003729
74	Ханты-Мансийский АО	1 609 425	0,001525	0,002901
75	Ямало-Нненецкий АО	546 053	0,001337	0,002536
76	**Сибирский федеральный округ**			
77	Республика Алтай	217 719	0,001225	0,002425

№	Наименование субъекта Российской Федерации	Численность граждан, застрахованных по ОМС на 01.01.2025	ПЭТ-КТ	ОФЭКТ/КТ/сцинтиграфия
			Количество исследований на 1 застрахованное лицо	Количество исследований на 1 застрахованное лицо
А	Б	В	1	2
78	Республика Тыва	314 343	0,001038	0,002306
79	Республика Хакасия	528 025	0,001758	0,003090
80	Алтайский край	2 192 565	0,002654	0,004078
81	Красноярский край	2 789 805	0,002400	0,003842
82	Иркутская область	2 410 455	0,002259	0,004418
83	Кемеровская область	2 365 988	0,002190	0,003679
84	Новосибирская область	2 893 406	0,002232	0,007132
85	Омская область	1 857 549	0,002235	0,003811
86	Томская область	1 002 958	0,002742	0,007762
87	**Дальневосточный федеральный округ**			
88	Республика Бурятия	926 229	0,002034	0,003447
89	Республика Саха (Якутия)	919 895	0,001418	0,002785
90	Забайкальский край	955 041	0,001908	0,003298
91	Камчатский край	287 853	0,002014	0,003567
92	Приморский край	1 785 521	0,002060	0,003465
93	Хабаровский край	1 246 771	0,002158	0,003583
94	Амурская область	740 737	0,002348	0,003783
95	Магаданская область	128 169	0,002011	0,003435
96	Сахалинская область	491 138	0,002537	0,003913
97	Еврейская автономная область	144 350	0,002050	0,003449
98	Чукотский автономный округ	44 570	0,001392	0,002743
99	г. Байконур	23 255	0,002081	0,003783

Приложение 18

Порядок определения целевых значений и порядок расчета значений критериев эффективности деятельности страховых медицинских организаций, подлежащих к включению в договоры, заключаемые территориальными фондами со страховыми медицинскими организациями в соответствии со статьёй 38 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025

Наименование критерия	Методика определения целевого значения критерия	Формулы расчета значения критерия
1.Охват застрахованных в конкретной страховой медицинской организации лиц информированием о необходимости пройти профилактический осмотр или диспансеризацию (процентов);	100% от числа лиц, подлежащих информированию с учетом невозможности выполнения информирования в отношении отдельных категорий застрахованных лиц по объективным причинам.	Отношение количества застрахованных в страховой медицинской организации лиц в возрасте 18 лет и старше проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении диспансеризации, о прохождении углубленной диспансеризации, о диспансеризации репродуктивного здоровья , а также о прохождении профилактического осмотра к общему количеству лиц старше 18 лет, застрахованных в страховой медицинской организации, включенных в списки для информирования застрахованных лиц о прохождении вышеуказанных профилактических мероприятий в отчетном периоде, и размещенные на СИСЗЛ, региональном информационном ресурсе* * Источником данных является таблица.10 формы ЗПЗ раздел 1 и 2.
2.Охват застрахованных в конкретной страховой медицинской организации лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, информированием о необходимости явки к врачу в целях прохождения диспансерного наблюдения (процентов);	100% от числа лиц, подлежащих информированию с учетом невозможности выполнения информирования в отношении некоторых категорий застрахованных лиц по объективным причинам.	Отношение количества застрахованных в страховой медицинской организации лиц в возрасте 18 лет и старше, проинформированных страховой медицинской организацией о прохождении диспансерного наблюдения к общему количеству лиц старше 18 лет, застрахованных в страховой медицинской организации, включенных в списки для информирования о прохождении диспансерного наблюдения в отчетном месяце и размещенные на СИСЗЛ, региональном информационном ресурсе * Источником данных является таб.10 формы ЗПЗ строки 1.4 и 2.4.

Наименование критерия	Методика определения целевого значения критерия	Формулы расчета значения критерия
3. Охват застрахованных в конкретной страховой медицинской организации лиц профилактическими осмотрами и диспансеризацией (процентов);	не менее фактического значения показателя в году, предшествующему году реализации территориальной программы, для которого устанавливается целевое значение показателя в субъекте Российской Федерации	Отношение количества застрахованных в страховой медицинской организации лиц в возрасте 18 лет и старше прошедших диспансеризацию, включая углубленную диспансеризацию, диспансеризацию репродуктивного здоровья , профилактические осмотры к общему количеству лиц старше 18 лет, застрахованных в страховой медицинской организации, включенных в списки для информирования застрахованных лиц о прохождении вышеуказанных профилактических мероприятий в отчетном периоде и размещенные на СИСЗЛ, региональном информационном ресурсе
4. Доля застрахованных в конкретной страховой медицинской организации лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, прошедших в полном объеме осмотры и исследования в рамках диспансерного наблюдения (процентов)	в соответствии с целевым значением показателя по национальному проекту «Продолжительная и активная жизнь», установленному в субъекте РФ на 2026 г.	Кол-во случаев прохождения диспансерного наблюдения (с учетом диагнозов) застрахованными в страховой медицинской организации лицами в возрасте 18 лет и старше (по каждому из заболеваний, по которому застрахованное лицо состоит на диспансерном наблюдении на участке врача-терапевта), к общему количеству застрахованных в страховой медицинской организации лиц в возрасте 18 лет и старше, включенных в список лиц подлежащих диспансерному наблюдению в отчетном периоде, размещенный на СИСЗЛ, региональном информационном ресурсе
5. Число подготовленных и направленных в медицинские организации, проводящие профилактические осмотры и диспансеризацию, предложений по организации таких осмотров и диспансеризации (в расчете на количество медицинских организаций, проводящих профилактические осмотры и диспансеризацию, с которыми конкретной страховой медицинской организацией заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию);	устанавливается в количестве 4-х предложений (ежеквартально) в каждую медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, выбранную застрахованными лицами страховой медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в соответствии со статьёй 21 Федерального закона № 323-ФЗ	По итогам проведенного страховой медицинской организацией анкетирования, поступивших в страховую медицинскую организацию обращений или жалоб, отчетный период – 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев (1 раз в квартал)

Наименование критерия	Методика определения целевого значения критерия	Формулы расчета значения критерия
6. Число застрахованных в конкретной организации лиц, которым в течение отчетного периода оказана помощь в предъявлении претензий к медицинским организациям в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской помощи путем предоставления им консультаций (в расчете на 1000 застрахованных в конкретной организации лиц).	Целевое значение по данному показателю не устанавливается. Для рейтинга используются фактически достигнутые страховой медицинской организацией показатели.	Отношение количества письменных обращений застрахованных лиц, поступившим в связи с отказом в оказании медицинской помощи или некачественным оказанием медицинской помощи и взиманием денежных средств за оказание медицинской на тысячу застрахованных лиц, к численности застрахованных в страховой медицинской организации лиц на последнюю дату отчетного периода.

Список рассылки

	Организация	Адрес
1	Кабинет Министров Республики Адыгея	385000, г. Майкоп, ул. Пионерская, 199
2	Правительство Республики Алтай	649000, г. Горно-Алтайск, ул. Чаптынова, 24
3	Правительство Республики Башкортостан	450101, г. Уфа, ул. Тукаева, 46
4	Правительство Республики Бурятия	670001, г.Улан-Удэ, ул.Ленина 54, Дом Правительства
5	Правительство Республики Дагестан	367005, г. Махачкала, пл. Ленина, Дом Правительства
6	Правительство Республики Ингушетия	386102, г. Магас, пр-т Зязикова, 12
7	Правительство Кабардино-Балкарской Республики	360028, г. Нальчик, ул. Ленина, 27, Дом Правительства
8	Администрация главы Республики Калмыкия	358000, г. Элиста, площадь Ленина, Дом Правительства
9	Правительство Карачаево-Черкесской Республики	369000, г. Черкесск, пл.Ленина, Дом Правительства
10	Правительство Республики Карелия	185028, г.Петрозаводск, пр.Ленина,19
11	Правительство Республики Коми	167010, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 9
12	Правительство Республики Марий Эл	424001, г. Йошкар-Ола, Ленинский пр., 29
13	Правительство Республики Мордовия	430002, Республика Мордовия, г.Саранск, ул.Советская, дом 35
14	Администрация Республики Саха (Якутия)	677022, г. Якутск, ул. Кирова, 11
15	Правительство Республики Северная Осетия-Алания	362038, г. Владикавказ, пл. Свободы,1
16	Правительство Республики Татарстан	420014, г. Казань, пл.Свободы, 1
17	Правительство Республики Тыва	667000, г. Кызыл, ул. Чульдум, 18, Дом Правительства
18	Правительство Удмуртской Республики	426007, г. Ижевск, ул. Пушкинская, 214 Дом Правительства
19	Правительство Республики Хакасия	655017, г. Абакан, проспект Ленина, 67
20	Правительство Чеченской Республики	364000, г. Грозный, ул. Гаражная, 10
21	Кабинет Министров Чувашской Республики	428004, г. Чебоксары, Чувашская Республика - Чувашия, Президентский бульвар, д. 10
22	Администрация Алтайского края	656035, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 59
23	Правительство Забайкальского края	672021, г. Чита, ул. Чайковского, 8
24	Правительство Камчатского края	683040, г. Петропавловск-Камчатский, пл. Ленина, 1
25	Администрация Краснодарского края	350014, г. Краснодар, ул. Красная, 35
26	Правительство Красноярского края	660009, г. Красноярск, пр. Мира, 110
27	Правительство Пермского края	614006, г. Пермь, ул. Куйбышева, 14
28	Администрация Приморского края	690110, г. Владивосток, ул. Светланская, 22
29	Правительство Ставропольского края	355025, г. Ставрополь, пл. Ленина, 1
30	Правительство Хабаровского края	680000, г. Хабаровск, ул. Карла Маркса, 56
31	Правительство Еврейской автономной области	679016, г. Биробиджан, пр. 60-летия СССР, 18
32	Администрация Ненецкого автономного	166000, г. Нарьян-Мар, ул. Смидовича, 20

	округа	
33	Правительство Ханты-Мансийского автономного округа	628006, г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 5
34	Правительство Чукотского автономного округа	689000, г. Анадырь, ул. Беринга, 20
35	Администрация Ямало-Ненецкого автономного округа	629008, г. Салехард, пр. Молодежи, 9
36	Правительство города Москвы	125032, г. Москва, ул. Тверская, 13
37	Правительство Санкт-Петербурга	191060, г. Санкт-Петербург, Смольный
38	Правительство Амурской области	675023, г. Благовещенск, ул. Ленина, 135
39	Правительство Архангельской области	163004, г. Архангельск, пр-т Троицкий, 49
40	Правительство Астраханской области	414000, г. Астрахань, ул. Советская, 15
41	Правительство Белгородской области	308005, г. Белгород, Соборная площадь, 4
42	Администрация Брянской области	241002, г. Брянск, пр. Ленина, 33
43	Администрация Владимирской области	600000, г. Владимир, пр. Октябрьский, 21
44	Администрация Волгоградской области	400098, г. Волгоград, пр.Ленина, 9
45	Правительство Вологодской области	160000, г.Вологда, ул. Герцена, 2
46	Правительство Воронежской области	394018, г. Воронеж, площадь имени Ленина, 1
47	Правительство Ивановской области	153000, г. Иваново, ул. Пушкина, 9
48	Правительство Иркутской области	664027, г. Иркутск, ул. Ленина, 1а
49	Правительство Калининградской области	236007, г. Калининград, ул. Дм. Донского, 1
50	Администрация Губернатора Калужской области	248000, г. Калуга, пл. Старый Торг, 2
51	Администрация Кемеровской области	650064, г. Кемерово, пр. Советский, 62
52	Правительство Кировской области	610019, г. Киров, ул. Карла Либкнехта, 69
53	Администрация Костромской области	156006, г. Кострома, ул. Дзержинского, 15
54	Правительство Курганской области	640024, г. Курган, ул. Гоголя, 56
55	Администрация Курской области	305002, г. Курск, Красная площадь, Дом Советов
56	Администрация Ленинградской области	191311, Санкт-Петербург, Суворовский пр.,67
57	Администрация Липецкой области	398014, г. Липецк, Соборная пл., 1
58	Администрация Магаданской области	685000, г. Магадан, ул. Горького, 6
59	Администрация г.Севастополя	299011, г.Севастополь, ул.Ленина,д.2
60	Правительство Московской области	143407, Московская область, г. Красногорск-7, бульвар Строителей, 1
61	Правительство Мурманской области	183006, г. Мурманск, пр. Ленина, 75
62	Правительство Нижегородской области	603082, г. Н.Новгород, Кремль, корпус 1
63	Администрация Новгородской области	173005, г. Великий Новгород, пл.Победы-Софийская, 1
64	Администрация Новосибирской области	630011, г. Новосибирск, Красный пр., 18
65	Правительство Омской области	644002, г.Омск, ул. Красный Путь, 1
66	Правительство Оренбургской области	460015, г. Оренбург, Дом Советов
67	Правительство Орловской области	302021, г. Орёл, пл. Ленина, 1
68	Правительство Пензенской области	440000, г. Пенза, ул. Московская, 75
69	Администрация Псковской области	180001, г. Псков, ул. Некрасова, 23
70	Администрация Ростовской области	344050, г. Ростов-на-Дону, ул. Социалистическая, 112
71	Правительство Рязанской области	390000, г. Рязань, ул. Ленина, 30
72	Правительство Самарской области	443010, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 210

73	Правительство Саратовской области	410042, г. Саратов, ул. Московская, 72
74	Администрация Сахалинской области	693011, г. Южно-Сахалинск, Коммунистический проспект, 39
75	Правительство Свердловской области	620031, г. Екатеринбург, пл. Октябрьская, 1
76	Администрация Смоленской области	214008, г. Смоленск, пл. Ленина, 1
77	Администрация Тамбовской области	392000, г. Тамбов, ул. Интернациональная,14
78	Правительство Тверской области	170100, г. Тверь, ул. Советская, 44
79	Администрации Томской области	634050, г. Томск, пл. Ленина, 6
80	Администрации Тульской области	300041, г. Тула, пр. Ленина, 2
81	Правительство Тюменской области	625004, г. Тюмень, ул. Володарского, 45
82	Правительства Ульяновской области	432063, г. Ульяновск, пл. Ленина, 1
83	Правительства Челябинской области	454089, г. Челябинск, ул. Цвиллинга, 27
84	Правительства Ярославской области	150000, г. Ярославль, Советская пл., 3
85	Правительство Республики Крым	295000, г.Симферополь, проспект Кирова, 13

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 00CDAF2B991F108D5955A871DE66466D31
Кому выдан: Зеленский Владимир Анатольевич
Действителен: с 20.06.2025 до 13.09.2026