

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА  
ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ  
на 2025 год**

г. Тюмень

30 января 2025 года

**РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Тюменской области от 27.12.2011 № 487-п «О создании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области», представители Сторон, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области:

От Правительства Тюменской области:

Логинова Наталья Валерьевна – директор Департамента здравоохранения Тюменской области

Новикова Татьяна Сергеевна - заместитель директора Департамента здравоохранения Тюменской области

От территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области:

Гиберт Юрий Борисович - директор

Грибоедова Валерия Викторовна – заместитель директора по медицинскому страхованию

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов):

Воробьев Игорь Александрович – исполнительный директор Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

Мартirosян Мигран Эдуардович - член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

От профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Кудряшов Валерий Павлович - председатель Тюменской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

Воропаева Марина Александровна – заместитель председателя Тюменской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

От страховых медицинских организаций:

Кремлева Наталья Олеговна – директор Тюменского филиала ООО «АльфаСтрахование - ОМС»

Булатова Наталья Сергеевна – директор филиала АСП ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Тюменской области

Согласовали Тарифное соглашение по Базовой программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на территории Тюменской области на 2025 год (далее - Тарифное соглашение).

Нормативную правовую базу для настоящего Тарифного соглашения составляют Федеральные законы от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Программа государственных гарантий), Правила ОМС, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее - Требования), Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утв. 28.01.2025 Минздравом России № 31-2/115, Федеральным фондом ОМС № 00-10-26-2-06/965 (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), Закон Тюменской области от 04.12.2024 № 77 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», постановление Правительства Тюменской области от 27.12.2024 № 1090-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Территориальная программа) и другие нормативные правовые акты Российской Федерации и Тюменской области, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, застрахованным по ОМС гражданам (лицам), тарифы на оплату медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех участников, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС и установлены Разделом III.

## **Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ**

В зависимости от условий оказания медицинской помощи установлены следующие способы оплаты медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в соответствии с базовой программой ОМС, утверждаемой в составе Территориальной программы, в медицинских организациях, перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты, устанавливается **Приложением № 1**:

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

1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ /КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и

финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах 5,0 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, устанавливается Требованиями.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах, организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

Также для жителей малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктов медицинскими работниками могут организовываться стационары на дому с предоставлением врачом медицинской организации, к которой прикреплен гражданин, средним медицинским работникам фельдшерско-акушерских или фельдшерских пунктов соответствующих лекарственных препаратов и рекомендаций по их применению. Выполнение указанных рекомендаций осуществляется средними медицинскими работниками с одновременной оценкой состояния здоровья гражданина и передачей соответствующей информации указанному врачу медицинской организации, в том числе с применением дистанционных технологий и передачей соответствующих медицинских документов в электронном виде, в порядке, установленном Минздравом России.

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

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

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

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;  
медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом России в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

Тарифы установлены с учетом, в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) при проведении маммографии, рентгенографии или флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, в соответствии с порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным Минздравом России, **Приложение № 3.2.**

2) При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

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

2.2) за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в **Приложении № 2**, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

3) При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

3.1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

3.2) за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую



организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных **Приложением № 2**, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по КСГ заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

4) При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

4.1) по подушевому нормативу финансирования;

4.2) за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

### **Раздел III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Тарифы установлены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ по способам оплаты медицинской помощи, указанным в Разделе II Тарифного соглашения, в соответствии с Главой XII Правил ОМС и Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Тарифы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

После завершения участия медицинской организации в реализации программы ОМС на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда, допускается использование медицинской организацией средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением Департамента здравоохранения Тюменской области. Направления расходования указанных средств устанавливаются Территориальной программой. Указанные средства запрещается направлять 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 Минздравом России, для оказания медицинской помощи в рамках программ ОМС).

В расходы на заработную плату работников медицинской организации не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией).

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

При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи, установленных **Приложением № 3**;

1) в амбулаторных условиях установлены:

1.1) половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения, **Приложение № 4**; половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива амбулаторной помощи (КДпв) для медицинских организаций, **Приложение № 4.1**;

1.2) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, **Приложение № 5**;

1.3) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, **Приложение № 5**;

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, вне зависимости от применяемого способа оплаты отражаются все единицы объема с указанием размеров установленных тарифов.

1.4) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС:

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации в амбулаторных условиях			
1.	комплексное посещение в рамках проведения профилактических медицинских осмотров	699,10	777,40

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
2.	комплексное посещение в рамках проведения диспансеризации, всего, в том числе:	1 383,59	1 538,55
2.1.	для проведения углубленной диспансеризации	70,25	78,12
2.2.	для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин	248,16	275,95
2.2.1.	женщины	201,46	224,02
2.2.2.	мужчины	46,70	51,93
3.	посещения с иными целями	750,41	834,46
4.	посещения по неотложной помощи	529,67	588,99
5.	обращения в связи с заболеваниями, всего, из них:	2 566,91	2 854,40
а)	за счет субвенции ФОМС	2 530,16	2 813,54
6.	проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований, из них:	770,26	856,53
а)	за счет субвенции ФОМС	604,53	672,24
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	166,40	185,04
7.	компьютерная томография, из них:	332,60	369,85
а)	за счет субвенции ФОМС	194,47	216,25
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	138,14	153,61
8.	магнитно-резонансная томография	102,90	114,42
9.	ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	84,95	94,46
10.	эндоскопическое диагностическое исследование, из них:	73,30	81,51
а)	за счет субвенции ФОМС	45,03	50,07
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	28,27	31,44
11.	молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	13,71	15,24
12.	патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала	71,35	79,34

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
13.	ПЭТ-КТ	73,87	82,14
14.	ОФЭКТ/КТ	17,60	19,57
15.	комплексное посещение в части ведения школ для больных с хроническими заболеваниями, в том числе:	300,74	334,42
15.1.	комплексное посещение в части ведения школ сахарного диабета	7,54	8,39
16.	комплексное посещение диспансерное наблюдение, в том числе по поводу:	696,26	774,24
16.1.	онкологических заболеваний	169,17	188,12
16.2.	сахарного диабета	84,80	94,30
16.3.	болезней системы кровообращения	394,81	439,03
17.	комплексное посещение с профилактическими целями центров здоровья	77,24	85,89
<b>Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях</b>			
1	комплексное посещение, в том числе на дому	103,61	115,21
а)	за счет субвенции ФОМС	82,28	91,50
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	21,30	23,69

1.5) размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в расчете на год без учета коэффициента дифференциации 1 040,67 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 157,23 руб.;

размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в расчете на месяц без учета коэффициента дифференциации 86,67 руб., с учетом коэффициента дифференциации 96,38 руб.

1.6) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, **Приложение № 6**, учитывающих установленные в Тарифном соглашении:

коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, **Приложение № 7**;

коэффициенты половозрастного состава, **Приложения №№ 4, 4.1.**;



коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, **Приложение № 8**;

коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), **Приложение № 9**;

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в Тюменской области, в размере, установленном **Приложением № 10**;

1.7) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, **Приложение № 3**;

При проведении профилактических мероприятий, в том числе в рамках диспансеризации, в вечерние часы и выходные дни, применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,02.

При проведении профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации) мобильными медицинскими комплексами применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере 1,05.

1.8) классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) установлен **Приложением № 11**.

1.9) Перечень единиц объемов медицинской помощи при проведении углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включающий исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, утвержденному **Приложением № 5** к Программе государственных гарантий в соответствии с **Приложением № 12**.

1.10) Перечень исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья по перечню, утвержденному **Приложением № 6** к Программе государственных гарантий в соответствии с **Приложением № 12.1**.

1.11) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, установленный в приложении к Требованиям, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинских организаций, **Приложения №№ 13, 13.1**.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам 2025 года.

При этом выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь 2024 года - ноябрь 2025 года (включительно) и включаются в счет за декабрь 2025 года.

1.12) размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Минздравом России, **Приложение № 14**. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с требованиями, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, **Приложение № 14.1**.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов утвержден Программой государственных гарантий. В случае несоответствия фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, применяется коэффициент 0,7.

2) При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены:

2.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС:

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Размер, рубли	
			без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
1.	Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской реабилитации - всего, в том числе:	случай госпитализации	8 755,94	9 736,60
1.1	для оказания медицинской помощи по профилю «онкология»	случай госпитализации	984,31	1 094,55
1.2	стентирование для больных с инфарктом миокарда медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	случай госпитализации	436,50	485,39
1.3	имплантация частотно-адаптированного кардиостимулятора взрослым медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	случай госпитализации	108,41	120,55
1.4	эндоваскулярная деструкция дополнительных проводящих путей и аритмогенных зон сердца	случай госпитализации	57,76	64,23
1.5	оперативные вмешательства на брахиоцефальных артериях (стентирование / эндартерэктомия) медицинскими организациями (за исключением федеральных медицинских организаций)	случай госпитализации	94,13	104,67
2.	В условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь), за исключением медицинской реабилитации, в том числе:	случай лечения	2 024,26	2 250,98
а)	за счет субвенции ФОМС	случай лечения	1 990,22	2 213,13
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	случай лечения	34,04	37,85
2.1	для медицинской помощи по профилю «онкология»	случай лечения	984,82	1 095,12

№ п/п	Наименование	Единица измерения	Размер, рубли	
			без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
2.2	для медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении	случай лечения	95,84	106,57
а)	за счет субвенции ФОМС	случай лечения	61,79	68,71
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	случай лечения	34,04	37,85
2.3	для оказания медицинской помощи с вирусным гепатитом С	случай лечения	72,73	80,88
3	Медицинская реабилитация			
3.1	специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь в условиях стационара	случай госпитализации	298,90	332,38
3.2	в условиях дневных стационаров (первичная медико-санитарная помощь, специализированная медицинская помощь)	случай лечения	124,24	138,16
а)	за счет субвенции ФОМС	случай лечения	75,47	83,92
б)	за счет средств бюджета Тюменской области	случай лечения	48,75	54,21

2.2) перечень КСГ в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлен **Приложением № 4** к Программе государственных гарантий с указанием коэффициентов относительной затроемкости КСГ.

Перечень случаев, при которых оплата медицинской помощи осуществляется по двум КСГ, установлен **Приложением № 15**.

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим диализ в условиях дневного стационара, оплата случаев оказания медицинской помощи осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание.

Порядок формирования отдельных КСГ установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты. Оплата случаев оказания медицинской помощи с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованнокупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляется с учетом кода диагноза пациента по КСГ st08.002 и ds08.002 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети».

2.3) размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ):

№ п/п	Наименование	Размер, рубли	
		без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
1	в стационарных условиях	32 120,12	35 717,57
а)	за счет субвенции ФОМС	32 120,12	35 717,57
2	в условиях дневного стационара	17 622,00	19 595,66
а)	за счет субвенции ФОМС	17 622,00	19 595,66

2.4) значения коэффициентов:

а) коэффициента дифференциации, установленного по территориям оказания медицинской помощи для каждой медицинской организации, **Приложение № 8**;

б) коэффициентов специфики в диапазоне от 0,8 до 1,4, **Приложения №№ 16, 17**;

в) коэффициентов сложности лечения пациента (далее - КСЛП):

№	Случаи, для которых установлен КСЛП <6>	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют 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), за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые 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), получающих медицинскую помощь по профилю «детская онкология» и (или) «гематология»	0,6
3	оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2

№	Случаи, для которых установлен КСЛП <6>	Значение КСЛП
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии <1>, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации	0,6
6	при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 1) <2>	0,05
7	при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 2) <2>	0,47
8	при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 3) <2>	1,16
9	при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 4) <2>	2,07
10	при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций (уровень 5) <2>	3,49
11	проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов <3>	0,15
12	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)<4>	0,17
13	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)<4>	0,61
14	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)<4>	1,53
15	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 1)<4>	0,29
16	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 2)<4>	1,12
17	проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями (уровень 3)<4>	2,67

№	Случаи, для которых установлен КСЛП <6>	Значение КСЛП
18	проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации <5>	0,05

Для случаев, не указанных в подпунктах 1-9 настоящего пункта, КСЛП не применяется.

<1> Наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, утвержденного **Приложением N 18**, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации;

<2> Перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП утвержден **Приложением N 19**;

<3> При проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю "анестезиология и реанимация", и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации);

<4> Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен КСЛП, утвержден **Приложением N 20**. Стоимость КСЛП "проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара определяется без учета коэффициента дифференциации субъекта Российской Федерации.

<5> Указанный КСЛП не применяется при оплате случаев лечения, оплачиваемых по КСГ st12.012 "Грипп, вирус гриппа идентифицирован", и КСГ st12.015 - st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19;

<6> При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения КСЛП пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

г) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, тарифы на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня медицинской организации:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

В условиях стационара размеры коэффициента первого уровня медицинских организаций - 0,9; второго уровня - 1,05; третьего уровня - 1,25.

Размер коэффициента уровня в условиях дневного стационара установлен в размере, равном 1.



Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара и дневного стационара в зависимости от уровня медицинской организации установлен **Приложением № 1**.

2.5) размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - 90% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней - 100% от стоимости КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии:

при длительности лечения 3 дня и менее - 50% от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3 дней - 80% от стоимости КСГ;

Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен **Приложением № 2**.

2.6) доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ установлены **Приложениями №№ 21, 22**;

2.7) тарифы на оплату услуг диализа установлены **Приложением № 23**; Коэффициенты относительной затратноёмкости к базовым стоимостям услуг диализа (без учета коэффициента дифференциации) установлены **Приложением № 23.1**;

2.8) перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен **Приложением № 24**;

2.9) перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, установлен **Приложением № 25**;

2.10) перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен **Приложением № 26**;

2.11) тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи установлены **Приложением № 3** с учетом применения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (**Приложение № 27**).

2.12) тарифы на 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, для взаиморасчетов между медицинскими организациями, установлены **Приложением № 3.1**.

3) При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной,

медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), **Приложение № 3**, установлены:

3.1) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, **Приложение № 28**;

3.2) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, **Приложение № 28**;

3.3) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС без коэффициента дифференциации 1 203,12 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 337,87 руб.;

3.4) размер базового подушевого норматива финансирования в расчете на год в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования без коэффициента дифференциации 1 203,12 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 337,87 руб.;

размер базового подушевого норматива финансирования в расчете на месяц в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования без коэффициента дифференциации 100,26 руб., с учетом коэффициента дифференциации 111,49 руб.;

3.5) значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, **Приложение № 29**, учитывающих установленные:

коэффициенты половозрастного состава, **Приложение № 30**;

половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи (КДпв) для медицинских организаций, **Приложение № 30.1**;

коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), **Приложение № 31**;

коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Тюменской области, **Приложение № 32**;

коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, устанавливаемые для каждой медицинской организации, **Приложение № 8**;

Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь вне медицинской организации в зависимости от уровня медицинской организации установлен **Приложением № 1**;

3.6) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации установлены **Приложением № 3**;

В реестры счетов на оплату скорой медицинской помощи в обязательном порядке включаются все единицы объема оказанной скорой медицинской помощи по установленным тарифам.

Тарифным соглашением устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах.

Медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Тюменской области, формируют учетную политику в соответствии с обязательствами по отдельному учету средств ОМС, ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по видам и условиям медицинской помощи, и направляют данные средства на финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-хозяйственной деятельности (сводом доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения критериев доступности и качества медицинской помощи с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС. Направление медицинской организацией средств ОМС на расходы, не предусмотренные данным соглашением, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на приобретение товаров, работ, услуг, с нарушением установленного порядка, на возмещение средств ОМС, использованных ранее не по целевому назначению, является нецелевым и нерациональным использованием средств ОМС.

За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

#### **Раздел IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

В соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н, в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, значениями коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за несоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленными Правилами ОМС, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС и размеры штрафов за несоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены **Приложением № 33**.

#### **Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Тарифное соглашение заключается на 2025 финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года с 01.01.2025 по 31.12.2025.

В Тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Тюменской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;

- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
ПО ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ  
ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОМС, ПРЕВЫШАЮЩЕЙ БАЗОВУЮ,  
на 2025 год**

г. Тюмень

30 января 2025 года

**РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Тюменской области от 27.12.2011 № 487-п «О создании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области», представители Сторон, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области:

От Правительства Тюменской области:

Логинова Наталья Валерьевна – директор Департамента здравоохранения Тюменской области

Новикова Татьяна Сергеевна - заместитель директора Департамента здравоохранения Тюменской области

От территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области:

Гиберт Юрий Борисович - директор

Грибоедова Валерия Викторовна – заместитель директора по медицинскому страхованию

От медицинских профессиональных некоммерческих организаций или их ассоциаций (союзов):

Воробьев Игорь Александрович – исполнительный директор Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

Мартиросян Мигран Эдуардович - член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

От профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Кудряшов Валерий Павлович - председатель обкома профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

Воропаева Марина Александровна – заместитель председателя Тюменской межрегиональной организации профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

От страховых медицинских организаций:

Кремлева Наталья Олеговна - директор Тюменского филиала ООО «АльфаСтрахование - ОМС»

Булатова Наталья Сергеевна - директор филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Тюменской области

Согласовали Тарифное соглашение по программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), превышающей Базовую программу, на 2025 год (далее - Тарифное соглашение).

Нормативную правовую базу для настоящего Тарифного соглашения составляют Федеральные законы от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Программа государственных гарантий), Правила ОМС, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказ Минздрава России от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее - Требования), Закон Тюменской области от 04.12.2024 № 77 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», постановление Правительства Тюменской области от 27.12.2024 № 1090-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее - Территориальная программа), и другие нормативные правовые акты Российской Федерации и Тюменской области, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, застрахованным по ОМС гражданам (лицам), тарифы на оплату медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех участников, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС, и установлены Разделом III.

## **Раздел II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В зависимости от условий оказания медицинской помощи установлены следующие способы оплаты медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС в соответствии с программой ОМС, превышающей базовую, утверждаемой в составе Территориальной программы, в медицинских организациях, перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи устанавливается **Приложением № 1**.

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

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся (обслуживаемых) лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи, при состояниях и заболеваниях, не включенных в базовую программу ОМС;

2) При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания;

3) При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара;

- за законченный случай лечения заболевания;

4) При оплате скорой, в том числе скорой специализированной санитарно-авиационной медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

- по подушевому нормативу финансирования.



### Раздел III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тарифы установлены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ по способам оплаты медицинской помощи, указанным в Разделе II Тарифного соглашения, в соответствии с Главой XII Правил ОМС и Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Расчет тарифов осуществляется на единицу объема медицинской помощи (1 случай госпитализации (законченный случай лечения заболевания), 1 обращение, 1 законченный случай, 1 посещение, медицинскую услугу, 1 вызов скорой медицинской помощи), на основе подушевого норматива финансирования на прикрепившихся (обслуживаемых) лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи). Состав компенсируемых расходов:

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

Тарифы на оказание высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

После завершения участия медицинской организации в реализации программы ОМС на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках программы ОМС, превышающей базовую, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда, допускается использование медицинской организацией средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением Департамента здравоохранения Тюменской области. Направления расходования указанных средств устанавливаются Территориальной программой. Указанные средства запрещается направлять 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, патологоанатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Минздравом России, для оказания медицинской помощи в рамках программ ОМС).

Медицинские организации, оказывающие несколько видов медицинской помощи, не вправе перераспределять средства ОМС, предназначенные для оказания скорой, в том числе скорой

специализированной, медицинской помощи, и использовать их на предоставление других видов медицинской помощи.

В расходы на заработную плату работников медицинской организации не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией).

При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи, установленных **Приложением № 2**:

1) в амбулаторных условиях установлены:

1.1) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, и перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования, установленный **Приложением № 3**;

1.2) перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных показателей, установленный **Приложением № 4**;

2) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены:

2.1) средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС:

Наименование	Размер, рубли	
	без учета коэффициента дифференциации	с учетом коэффициента дифференциации
в стационарных условиях	235,03	261,35
в условиях дневного стационара	56,26	62,56

2.2) значения коэффициентов:

а) коэффициента дифференциации, установленного по территориям оказания медицинской помощи для каждой медицинской организации, **Приложение № 5**;

б) коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций в размере, равном 1:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

2.3) тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установлены **Приложением № 2**, с учетом применения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в Программе государственных гарантий (**Приложение № 6**).

3) При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, **Приложение № 2**, установлены:

3.1) перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, **Приложение № 7.**

3.2) тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), **Приложение № 2.**

Тарифным соглашением устанавливаются единые тарифы на оплату медицинской помощи по каждой единице объема, применяемые при межучрежденческих расчетах.

Медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Тюменской области, формируют учетную политику в соответствии с обязательствами по отдельному учету средств ОМС, ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по видам и условиям медицинской помощи, и направляют данные средства на финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-хозяйственной деятельности (сводом доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС. При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения критериев доступности и качества медицинской помощи с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС. Направление медицинской организацией средств ОМС на расходы, не предусмотренные данным соглашением, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на приобретение товаров, работ, услуг, с нарушением установленного порядка, на возмещение средств ОМС, использованных ранее не по целевому назначению, является нецелевым и нерациональным использованием средств ОМС.

За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

#### **Раздел IV. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОМС, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА.**

В соответствии с Перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н, в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ, значениями коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленными Правилами ОМС, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС и размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены **Приложением № 8.**

#### **Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ.**

Тарифное соглашение заключается на 2025 финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2025 года, действует до 31 декабря 2025 года включительно.

В Тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Тюменской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых

осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;

- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

Приложение № 7 к Тарифному соглашению по программе ОМС, превышающей Базовую программу, на 2025 год  
от 30.01.2025

**Доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи**

Наименование	№ группы ВМП	Средний норматив финансовых затрат на единицу объема, рублей	Коэффициент дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат
Акушерство и гинекология 1	1	297 134,00	0,33
Акушерство и гинекология 2	2	229 676,00	0,33
Акушерство и гинекология 3	3	360 155,00	0,32
Гематология 4	4	432 803,00	0,33
Гематология 5	5	735 482,00	0,33
Гематология 6	6	2 807 077,00	0,09
Гематология 7	7	3 596 538,00	0,06
Гематология 8	8	1 291 182,00	0,26
Дерматовенерология 9	9	205 980,00	0,55
Детская хирургия в период новорожденности 10	10	482 376,00	0,34
Комбустиология 11	11	165 279,00	0,52
Неврология (нейрореабилитация) 12	12	400 927,00	0,87
Неврология 13	13	517 558,00	0,26
Нейрохирургия 14	14	398 222,00	0,38
Нейрохирургия 15	15	532 077,00	0,30
Нейрохирургия 16	16	291 885,00	0,43
Нейрохирургия 17	17	443 715,00	0,46
Нейрохирургия 18	18	1 369 466,00	0,06
Нейрохирургия 19	19	1 861 940,00	0,07
Нейрохирургия 20	20	2 353 243,00	0,11

Онкология 21	21	373 017,00	0,18
Онкология 22	22	409 187,00	0,25
Онкология 23	23	489 804,00	0,19
Онкология 24	24	403 561,00	0,29
Онкология 25	25	524 512,00	0,25
Онкология 26	26	305 750,00	0,42
Онкология 27	27	575 710,00	0,29
Онкология 28	28	432 035,00	0,09
Онкология 29	29	585 128,00	0,25
Онкология 30	30	2 412 206,00	0,34
Онкология 31	31	1 291 580,00	0,33
Онкология 32	32	382 305,00	0,32
Онкология 33	33	2 148 887,00	0,13
Онкология 34	34	5 291 859,00	0,05
Онкология 35	35	1 640 024,00	0,22
Онкология 36	36	3 390 210,00	0,08
Онкология 37	37	489 226,00	0,53
Онкология 38	38	2 914 498,00	0,22
Онкология 39	39	521 088,00	0,05
Онкология 40	40	876 708,00	0,07
Оториноларингология 41	41	168 020,00	0,15
Оториноларингология 42	42	1 755 119,00	0,03
Офтальмология 43	43	130 096,00	0,38
Офтальмология 44	44	184 067,00	0,26
Офтальмология 45	45	159 510,00	0,35
Офтальмология 46	46	223 102,00	0,23
Офтальмология 47	47	248 153,00	0,61
Офтальмология 48	48	151 715,00	0,29
Педиатрия 49	49	145 257,00	0,32
Педиатрия 50	50	217 717,00	0,33
Педиатрия 51	51	290 236,00	0,31
Педиатрия 52	52	640 786,00	0,39
Педиатрия 53	53	400 388,00	0,35



Педиатрия 54	54	714 401,00	0,21
Педиатрия 55	55	1 005 306,00	0,16
Педиатрия 56	56	1 335 343,00	0,29
Сердечно-сосудистая хирургия 57	57	490 388,00	0,54
Сердечно-сосудистая хирургия 58	58	445 380,00	0,58
Сердечно-сосудистая хирургия 59	59	2 002 895,00	0,03
Сердечно-сосудистая хирургия 60	60	1 281 144,00	0,17
Сердечно-сосудистая хирургия 61	61	594 585,00	0,45
Сердечно-сосудистая хирургия 62	62	1 403 393,00	0,18
Сердечно-сосудистая хирургия 63	63	410 368,00	0,24
Сердечно-сосудистая хирургия 64	64	2 088 301,00	0,06
Сердечно-сосудистая хирургия 65	65	467 176,00	0,13
Сердечно-сосудистая хирургия 66	66	11 850 188,00	0,06
Сердечно-сосудистая хирургия 67	67	2 631 409,00	0,02
Сердечно-сосудистая хирургия 68	68	909 547,00	0,13
Сердечно-сосудистая хирургия 69	69	810 712,00	0,09
Торакальная хирургия 70	70	257 880,00	0,38
Торакальная хирургия 71	71	353 818,00	0,32
Торакальная хирургия 72	72	406 063,00	0,37
Травматология и ортопедия 73	73	368 872,00	0,34
Травматология и ортопедия 74	74	227 505,00	0,23
Травматология и ортопедия 75	75	511 507,00	0,12
Травматология и ортопедия 76	76	644 033,00	0,33
Травматология и ортопедия 77	77	365 332,00	0,35
Травматология и ортопедия 78	78	634 622,00	0,17
Травматология и ортопедия 79	79	328 162,00	0,17
Травматология и ортопедия 80	80	612 059,00	0,15
Трансплантация 81	81	1 260 662,00	0,34
Трансплантация 82	82	1 589 316,00	0,31
Трансплантация 83	83	2 280 345,00	0,33
Трансплантация 84	84	4 302 923,00	0,33
Трансплантация 85	85	2 930 645,00	0,32
Урология 86	86	183 391,00	0,40

Урология 87	87	251 932,00	0,41
Урология 88	88	360 155,00	0,32
Урология 89	89	633 342,00	0,23
Хирургия 90	90	1 161 411,00	0,44
Хирургия 91	91	480 154,00	0,19
Челюстно-лицевая хирургия 92	92	227 411,00	0,47
Челюстно-лицевая хирургия 93	93	335 966,00	0,44
Эндокринология 94	94	448 924,00	0,19
Эндокринология 95	95	124 394,00	0,30
Эндокринология 96	96	325 950,00	0,35

**ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ ОТКАЗА В ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (РАЗМЕРЫ НЕОПЛАТЫ, НЕПОЛНОЙ  
 ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ)**

Код нарушения/дефекта	Перечень оснований	Значение коэффициента для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи	Значение коэффициента для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества
<b>Раздел 1. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономического контроля</b>			
1.1.	Нарушение условий оказания медицинской помощи, в том числе сроков ожидания медицинской помощи, несвоевременное включение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения.	0	0,3
1.2.	Невключение в группу диспансерного наблюдения лиц, которым по результатам проведения профилактических мероприятий или оказания иной медицинской помощи впервые установлены диагнозы, при которых предусмотрено диспансерное наблюдение в соответствии с порядком проведения диспансерного наблюдения в случае, если установление диагноза и постановка на диспансерное наблюдение должно быть осуществлено в рамках одного случая оказания медицинской помощи.	0	1

1.3.	Госпитализация застрахованного лица, медицинская помощь которому должна быть оказана в стационаре другого профиля (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации для оказания медицинской помощи в неотложной и экстренной форме на койки терапевтического и хирургического профилей.	1	0,3
1.4.	Нарушения, связанные с оформлением и предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, в том числе:		
1.4.1.	наличие ошибок и/или недостоверной информации в реквизитах счета;	1	0
1.4.2.	сумма счета не соответствует итоговой сумме предоставленной медицинской помощи по реестру счетов;	1	0
1.4.3.	наличие незаполненных полей реестра счетов, обязательных к заполнению, в том числе отсутствие указаний о включении в группу диспансерного наблюдения лица, которому установлен диагноз, при котором предусмотрено диспансерное наблюдение, отсутствие сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи по данным персонализированного учета сведений о застрахованных лицах и (или) о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;	1	0
1.4.4.	некорректное заполнение полей реестра счетов;	1	0
1.4.5.	заявленная сумма по позиции реестра счетов не корректна (содержит арифметическую ошибку);	1	0
1.4.6.	дата оказания медицинской помощи в реестре счетов не соответствует отчетному периоду/периоду оплаты;	1	0
1.5.	Введение в реестр счетов недостоверных персональных данных застрахованного лица, приводящее к невозможности его полной идентификации (включая ошибки в серии и номере полиса обязательного медицинского страхования, адресе);	1	0
1.6.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов медицинской помощи, не входящей в программу ОМС, в том числе:		
1.6.1.	включение в реестр счетов видов медицинской помощи, не входящих в программу ОМС;	1	0
1.6.2.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об ОМС;	1	0

1.6.3.	предъявление к оплате медицинской помощи сверх размера финансового обеспечения распределенного объема предоставления медицинской помощи, установленного медицинской организации в соответствии с законодательством об ОМС;	1	0
1.6.4.	включение в реестр счетов медицинской помощи, подлежащей оплате из других источников финансирования, в том числе тяжелые несчастные случаи на производстве, оплачиваемые Фондом пенсионного и социального страхования Российской Федерации, медицинских услуг, оказываемой частными медицинскими организациями в рамках пилотного проекта по вовлечению частных медицинских организаций в оказание медико-социальных услуг лицам в возрасте 65 лет и старше, являющимся гражданами Российской Федерации, в том числе проживающим в сельской местности.	1	0
1.7.	Нарушения, связанные с необоснованным применением тарифа на оплату медицинской помощи, в том числе:		
1.7.1.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не установленным в соответствии с законодательством об ОМС;	1	0
1.7.2.	включение в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи по тарифам на оплату медицинской помощи, не соответствующим утвержденным в соответствии с законодательством об ОМС;	1	0
1.8.	Нарушения, связанные с включением в реестр счетов нелегализованных видов медицинской деятельности, в том числе с нарушением лицензионных требований:		
1.8.1.	включение в реестр счетов страховых случаев по видам медицинской деятельности, отсутствующим в действующей лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.2.	предоставление реестров счетов в случае прекращения действия лицензии медицинской организации на осуществление медицинской деятельности по случаям оказания медицинской помощи, завершившимся после прекращения действия лицензии медицинской организации;	1	0
1.8.3.	предоставление на оплату реестров счетов, в случае нарушения лицензионных условий и требований при оказании медицинской помощи: в том числе, данные лицензии не соответствуют фактическим адресам осуществления медицинской организацией лицензируемого вида деятельности (на основании информации лицензирующих органов).	1	0

1.9.	Включение в реестр счетов страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана медицинским работником, не имеющим сертификата или свидетельства об аккредитации специалиста по профилю оказания медицинской помощи.	1	0
1.10.	Нарушения, связанные с повторным включением в реестр счетов случаев оказания медицинской помощи, в том числе:		
1.10.1.	позиция реестра счетов оплачена ранее (повторное выставление счета на оплату случаев оказания медицинской помощи, которые были оплачены ранее);	1	0
1.10.2.	дублирование случаев оказания медицинской помощи в одном реестре;	1	0
1.10.3.	стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией;	1	0
1.10.4.	стоимость медицинской услуги включена в норматив финансового обеспечения оплаты медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на прикрепленное население, застрахованное по обязательному медицинскому страхованию.	1	0
1.10.5.	включение в реестр счетов медицинской помощи, оказанной амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме);	1	0
1.10.6.	включение в реестр счетов нескольких страховых случаев, при которых медицинская помощь оказана застрахованному лицу стационарно в один период оплаты с пересечением или совпадением сроков лечения.	1	0
<b>Раздел 2. Нарушения, выявляемые при проведении медико-экономической экспертизы</b>			
2.1.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС;	0	0,3
2.2.	Нарушение условий оказания скорой медицинской помощи, выразившееся в несоблюдении установленного программой ОМС времени доезда бригады скорой медицинской помощи, при летальном исходе до приезда бригады скорой помощи.	1	3



2.7.	Представление в реестрах счетов повторных случаев госпитализации застрахованного лица по одному и тому же заболеванию с длительностью три дня и менее (за исключением случаев, связанных с патологией беременности и родами) в течение четырнадцати календарных дней при оказании медицинской помощи в указанный период в амбулаторных условиях (за исключением случаев, при которых стоимость отдельной медицинской услуги, включенной в счет, учтена в тарифе на оплату медицинской помощи другой услуги, также предъявленной к оплате медицинской организацией).	1	0,3
2.8.	Необоснованное представление в реестрах счетов случаев оказания застрахованному лицу медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в период пребывания в условиях круглосуточного стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также консультаций в других медицинских организациях при экстренных и неотложных состояниях).	1	0,3
2.9.	Взимание платы с застрахованных лиц за оказанную медицинскую помощь, входящую в базовую либо территориальную программу ОМС, при оказании медицинской помощи в рамках базовой либо территориальной программы ОМС.	0	1
2.10.	Приобретение пациентом или его представителем в период оказания медицинской помощи по назначению врача лекарственных препаратов для медицинского применения, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов <2>, и (или) медицинских изделий, включенных в перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека <3>, на основе клинических рекомендаций	0,5	0,5
2.11.	Отсутствие в реестре счетов сведений о страховом случае с летальным исходом при наличии сведений о смерти застрахованного лица в период оказания ему медицинской помощи в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации.	0	0,6

2.12.	Непредставление медицинской документации, подтверждающей факт оказания застрахованному лицу медицинской помощи в медицинской организации, а также результатов внутреннего и внешнего контроля медицинской организации, безопасности оказания медицинской помощи без объективных причин в течение 10 рабочих дней после получения медицинской организацией соответствующего запроса от ФОМС или ТФОМС, или СМО, или специалиста-эксперта, эксперта качества медицинской помощи, действующего по их поручению	1	0
2.13.	Отсутствие в документации (не соблюдение требований к оформлению) информированного добровольного согласия застрахованного лица на медицинское вмешательство или отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях[4].	0,1	0
2.14.	Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки, исправления, «вклейки», полное переоформление с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания; расхождение сведений об оказании медицинской помощи в различных разделах медицинской документации и/или учетно-отчетной документации, запрошенной на проведение экспертизы).	0,5	0
2.15.	Дата оказания медицинской помощи, зарегистрированная в первичной медицинской документации и реестре счетов, не соответствует таблице учета рабочего времени врача (в том числе, оказание медицинской помощи в период отпуска, обучения, командировок, выходных дней).	1	0
2.16.	Несоответствие данных медицинской документации данным реестра счетов, в том числе:		
2.16.1.	оплаченный случай оказания медицинской помощи не соответствует тарифу, установленному законодательством об ОМС;	0,1	0,3
2.16.2.	включение в счет на оплату медицинской помощи при отсутствии в медицинской документации сведений, подтверждающих факт оказания медицинской помощи застрахованному лицу.	1	1
2.16.3.	Некорректное (неполное) отражение в реестре счета сведений медицинской документации	1	0
2.17.	Отсутствие в карте стационарного больного протокола врачебной комиссии в случаях назначения застрахованному лицу лекарственного препарата, не входящего в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.	0	0,3

2.18.	Нарушение сроков ожидания медицинской помощи, установленных территориальной либо базовой программой ОМС.	0	0,3
<b>Раздел 3. Нарушения, выявляемые при проведении экспертизы качества медицинской помощи</b>			
3.1.	Установление неверного диагноза, связанное с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, с учетом рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.1.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.1.2.	приведшее к удлинению или укорочению сроков лечения сверх установленных (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,3	0
3.1.3.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания;	0,4	0,3
3.1.4.	приведшее к инвалидизации;	0,9	1
3.1.5.	приведшее к летальному исходу (в том числе при наличии расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов);	1	3
3.2.	Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, в том числе по результатам проведенного диспансерного наблюдения, рекомендаций по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных медицинскими работниками национальных медицинских исследовательских центров в ходе консультаций/консилиумов с применением телемедицинских технологий:		
3.2.1.	не повлиявшее на состояние здоровья застрахованного лица;	0,1	0
3.2.2.	приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,4	0,3
3.2.3.	приведшее к инвалидизации (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	0,9	1

3.2.4.	приведшее к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях);	1	3
3.2.5.	рекомендаций медицинских работников национальных медицинских исследовательских центров по применению методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, данных при проведении указанными центрами консультаций/консилиумов с применением консультаций с применением телемедицинских технологий, при необоснованном невыполнении данных рекомендаций;	0,9	1
3.2.6.	по результатам проведенного диспансерного наблюдения	0,9	1
3.3.	Выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения, не регламентированных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, приведшее к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания.	0,5	0,6
3.4.	Преждевременное с клинической точки зрения прекращение оказания медицинской помощи при отсутствии клинического эффекта (за исключением случаев отказа застрахованного лица от медицинского вмешательства в установленных законодательством Российской Федерации случаях).	0,5	0,3
3.5.	Нарушения при оказании медицинской помощи (в частности, преждевременная выписка из медицинской организации), вследствие которых, при отсутствии положительной динамики в состоянии здоровья, потребовалось повторное обоснованное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение четырнадцати дней со дня окончания оказания медицинской помощи амбулаторно, тридцати дней стационарно (повторная госпитализация).	0,3	0
3.6.	Нарушение по вине медицинской организации преемственности в оказании медицинской помощи (в том числе несвоевременный перевод пациента в медицинскую организацию более высокого уровня), приведшее к удлинению сроков оказания медицинской помощи и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица.	0,8	1

3.7.	Госпитализация застрахованного лица в плановой или неотложной форме с нарушением требований к профильности оказанной медицинской помощи (непрофильная госпитализация), кроме случаев госпитализации в неотложной и экстренной форме с последующим переводом в течение суток в профильные медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций) в течение суток или более, если перевод в течение суток невозможен с учетом тяжести состояния пациента и его транспортабельности.	1	0,3
3.8.	Госпитализация застрахованного лица без медицинских показаний (необоснованная госпитализация), медицинская помощь которому могла быть предоставлена в установленном объеме амбулаторно, в дневном стационаре, отсутствие пациента в медицинской организации на дату проверки.	1	0,3
3.9.	Необоснованное повторное посещение врача одной и той же специальности в один день при оказании медицинской помощи амбулаторно, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, в связи с выпиской лекарственных препаратов группам населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные препараты отпускаются по рецептам врачей бесплатно и с 50-процентной скидкой, наблюдения беременных женщин, посещений, связанных с выдачей справок и иных медицинских документов.	1	0,3
3.10.	Наличие расхождений клинического и патолого-анатомического диагнозов 2-3 категории, обусловленное непроведением необходимых диагностических исследований (за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме)	0,9	0,5
3.11.	Отсутствие в медицинской документации результатов обследований, осмотров, консультаций специалистов, дневниковых записей, позволяющих оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер, условия предоставления медицинской помощи и провести оценку качества оказанной медицинской помощи.	0,5	0
3.12.	Нарушение прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, базовой программы ОМС; на выбор врача.	0	0,3

3.13.	Необоснованное назначение лекарственных препаратов; одновременное назначение лекарственных препаратов со схожим фармакологическим действием; нерациональная лекарственная терапия, в том числе несоответствие дозировок, кратности и длительности приема лекарственных препаратов с учетом клинических рекомендаций, связанные с риском для здоровья пациента.	0,5	0,6
3.14.	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами ОМС, в том числе:		
3.14.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
3.14.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья;	0	2
3.14.3.	приведший к летальному исходу.	0	3
3.15.	Непроведение диспансерного наблюдения застрахованного лица (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и (или) страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения), включенного в группу диспансерного наблюдения, в соответствии с порядком и периодичностью проведения диспансерного наблюдения и перечнем включаемых в указанный порядок исследований, в том числе:		
3.15.1.	с отсутствием последующего ухудшения состояния здоровья;	0	1
3.15.2.	с последующим ухудшением состояния здоровья (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения);	0	2
3.15.3.	приведший к летальному исходу (за исключением случаев отказа застрахованного лица, проинформированного лечащим врачом и/или страховым представителем о возможности прохождения диспансерного наблюдения, от его прохождения).	0	3

[1] В соответствии с частью 1 статьи 32 Федерального закона от 29 ноября 2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2017, № 1, ст. 34).

[2] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 октября 2019 № 2406-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 42, ст. 5979; 2020, № 48, ст. 7813).

[3] Распоряжение Правительства Российской Федерации 31 декабря 2018 № 3053-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2019, № 2, ст. 196; № 41, ст. 5780).

[4] В соответствии со статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2020, № 29, ст. 4516).

**Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного Приложением N 5 к Правилам ОМС) рассчитывается по формуле:**

$$H = PT \times Kно$$

где:

**H** - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;  
**PT** - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный за оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;  
**Kно** - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи.

В случаях применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи (H) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times Kно,$$

где:

**H** - размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи;  
**PT1** - размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;  
**PT2** - размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу);  
**Kно** - коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи в соответствии с Приложением N 5 к Правилам ОМС.

**Размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Сшт), рассчитывается по формуле:**

$$Сшт = РП \times Кшт,$$

где:

**Сшт** - размер штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

**РП** - установленный Тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением N 5 к Правилам ОМС, для которого РП - размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

**Кшт** - коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

**Размеры подушевых нормативов финансирования, используемые при определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи:**

1. в амбулаторных условиях – установленный Территориальной программой подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам в амбулаторных условиях, в размере – 9 570,23 руб.;
2. при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный Территориальной программой подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам, в размере – 1 384,37 руб.;
3. в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением медицинской реабилитации – установленный Территориальной программой подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам, в размере – 10 098,54 руб.;
4. в условиях дневного стационара, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением медицинской реабилитации, – установленный Территориальной программой государственных гарантий подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы застрахованным лицам, в размере – 2 305,34 руб.;
5. при оказании медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация"  
в амбулаторных условиях - 115,34 руб.;
- в стационарных условиях - 341,03 руб.;
- в условиях дневного стационара - 138,57 руб.;