

**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.