

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА
ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
на 2022 год**

г. Тюмень

03 февраля 2022 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

Логинова Ирина Юрьевна – заместитель директора по экономике

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

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

Кудряков Андрей Юрьевич - 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

Воропасва Марина Александровна – член Тюменской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

От страховых медицинских организаций:

Кобзева Наталья Мансуровна - директор Тюменского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед»

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

Согласовали Тарифное соглашение по базовой программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на территории Тюменской области на 2022 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 28.12.2021 № 2505 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Программа госгарантий), Правила ОМС, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письмо Минздрава России от 02.02.2022 № 11-7/И/2-1619 и Федерального фонда ОМС от 02.02.2022 № 00-10-26-2-06/750 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), Закон Тюменской области от 03.12.2021 № 95 «О бюджете территориального фонда ОМС Тюменской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», постановление Правительства Тюменской области от 29.12.2021 № 921-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 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, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

В зависимости от условий оказания медицинской помощи установлены следующие способы оплаты медицинской помощи ^{<1>}:

1) Медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях ^{<2>}, ^{<3>}, ^{<6>}:

1.1) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитнорезонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярногенетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярногенетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), углубленной диспансеризации, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) ^{<5>}, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации включается в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели установленного объема профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на медицинскую помощь: оказываемую в неотложной форме; по профилю «Акушерство и гинекология»; по профилю «Стоматология»; по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»; оказанную в Центрах здоровья; оказанную в Центрах амбулаторной онкологической помощи; диагностические (лабораторные) исследования (проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19); проведение углубленной диспансеризации; проведение отдельных видов диагностических (лабораторных) исследований (проведение радионуклидных методов диагностического исследования (однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная компьютерная томография, совмещенная с компьютерной томографией, сцинтиграфия), цитологических исследований, молекулярно-биологических исследований на вирус папилломы человека, ультразвукового исследования в рамках II этапа пренатального скрининга беременных, лабораторных медицинских услуг централизованных лабораторий в порядке, определенном Департаментом здравоохранения Тюменской области); финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

1.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу).

Способ оплаты медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) используется при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

а) при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (методом полимеразной цепной реакции в случае наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), либо наличия у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в том числе для оценки результатов проводимого лечения, либо положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации), а также молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала;

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

г) при оплате углубленной диспансеризации ^{<12>};

1.3) по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации, при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, в соответствии с критериями соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного Приказом Минздрава России от 15.05.2012 № 543н ^{<4>}.

2) Медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях ^{<7>}, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в

условиях дневного стационара ^{<8>}:

2.1) за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ));

2.2) за прерванный случай оказания медицинской помощи ^{<9>}; ^{<10>}.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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 и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, приведенных в Приложении № 12;

3) Скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации ^{<11>}:

3.1) по подушевому нормативу финансирования;

3.2) за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу) - 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 в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

Примечание:

<1> Перечень единиц объемов медицинской помощи установлен Приложением № 1.

<2> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в зависимости от уровня медицинской организации установлен Приложением № 2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в зависимости с указанием значений коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня оказания медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи установлен Приложениями №№ 22.2, 22.3.

<3> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, включая проводящих профилактические медицинские осмотры, в том числе в рамках диспансеризации и углубленной диспансеризации, установлен Приложением № 3.

<4> Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с требованиями, установленными приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н, установлен Приложениями №№ 4, 4.1.

<5> Оценка результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется по итогам квартала, полугодия и года по показателям результативности деятельности медицинской организации, установленным Приложениями № № 5, 5.1.

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Максимально возможная сумма баллов составляет 35, в том числе: 25 баллов для показателей блока 1; 10 баллов для показателей блока 2. В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 3 баллов. С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 50% показателей, II – от 50% до 70% показателей, III – свыше 70% показателей. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Приложении № 5.1.

Оценка достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций

оформляется решением Комиссии ежеквартально и доводится до сведения медицинских организаций не позднее 25 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей: 1 часть – распределение 70 % от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период для медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения. 2 часть – распределение 30 % от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период для медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

<6> Классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) установлен Приложением № 6.

<7> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара в зависимости от уровня медицинской организации установлен Приложением № 7. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи установлены Приложением № 28. Значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи установлены Разделом III. Перечень клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, установлен Приложением № 8. Порядок формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного стационара установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты. Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня медицинской организации установлен Приложением № 14. Перечень случаев, при которых оплата медицинской помощи осуществляется по двум КСГ установлен Приложением № 15. Перечень дополнительных диагнозов (диагнозов осложнения заболевания) для применения КСЛП установлен Приложением № 16, перечень возможных операций (сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах), а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП установлен Приложением № 17.

<8> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в зависимости от уровня медицинской организации установлен Приложением № 9. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи установлено Приложением № 29. Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи установлено в размере 1. Перечень КСГ заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен Приложением № 10. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим диализ в условиях дневного стационара, оплата случаев оказания медицинской помощи осуществляется по КСГ для оплаты услуг диализа и при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание. Перечень случаев, при которых оплата медицинской помощи осуществляется по двум КСГ установлен Приложением № 15. Порядок формирования отдельных КСГ в условиях дневного стационара установлен Методическими рекомендациями по способам оплаты.

<9> Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи:

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;

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 лечения в условиях стационара и дневного стационара установлен Приложением № 11.

<10> Перечень КСГ, используемый при оплате прерванных случаев оказания медицинской помощи, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен Приложением № 12. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, установлен

Приложением № 13.

<11> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи в зависимости от уровня медицинской организации установлен Приложением № 18.

<12> 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 № 2 к Программе госгарантий, в соответствии с Приложением № 1.1.

Раздел III. ТАРИФЫ 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 Главой XII Правил ОМС и Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Тариф 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, 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 (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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), и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности.

Тарифы на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня медицинской организации, установленного Приложением № 2. Размер коэффициент уровня, установлен Приложением № 30:

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) первого уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) (за исключением медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами);

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) второго уровня применяется при расчете тарифа на оплату первичной медико-санитарной помощи и (или) специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией населению нескольких муниципальных образований, а также указанной медицинской помощи, оказываемой специализированными больницами, больницами скорой медицинской помощи, центрами, диспансерами;

- коэффициент для оплаты медицинской помощи в медицинской организации (структурном подразделении) третьего уровня применяется при расчете тарифа на оплату специализированной медицинской помощи медицинскими организациями (структурными подразделениями), оказывающими высокотехнологичную медицинскую помощь.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, установлены Приложением № 23, для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации установлены Приложением № 21.1.

Определение тарифов, указанных в Приложениях №№ 23, 21.1 осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

- размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц 6 150,06 руб., и размер среднего подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации 917,90 руб.;

- значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 5,0 процентов от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) без учета коэффициента дифференциации 2 175,46 руб., с учетом коэффициента дифференциации 2 419,11 руб.;

- размер базового подушевого норматива финансирования, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключаяющего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации 825,45 руб., с учетом коэффициента дифференциации 917,90 руб.;

✓ значения следующих коэффициентов специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц установлены Приложениями №№ 21, 22.3, учитывают:

✓ уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения Приложением № 22;

✓ наличие 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 Приложением № 22.1;

✓ проведение медицинской организацией профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц Приложением № 22.4;

- размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи:

✓ посещений с профилактическими и иными целями без учета коэффициента дифференциации 689,09 руб., с учетом коэффициента дифференциации 766,27 руб.;

✓ комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров без учета коэффициента дифференциации 2 036,86 руб., с учетом коэффициента дифференциации 2 264,99 руб.;

✓ комплексных посещений для проведения диспансеризации без учета коэффициента дифференциации 2 518,41 руб., с учетом коэффициента дифференциации 2 800,48 руб., в том числе комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации без учета коэффициента дифференциации 1 028,08 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 143,23 руб.;

✓ посещений с иными целями без учета коэффициента дифференциации 324,14 руб. (федеральный норматив 329,00 руб.), с учетом коэффициента дифференциации 360,45 руб.;

✓ посещений в неотложной форме без учета коэффициента дифференциации 716,45 руб., с учетом коэффициента дифференциации 796,69 руб.;

✓ обращений в связи с заболеваниями без учета коэффициента дифференциации 1 759,01 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 956,02 руб.;

- ✓ компьютерной томографии без учета коэффициента дифференциации 2 553,74 руб., с учетом коэффициента дифференциации 2 839,75 руб.;
 - ✓ магнитно-резонансной томографии без учета коэффициента дифференциации 3 606,77 руб., с учетом коэффициента дифференциации 4 010,76 руб.;
 - ✓ ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы без учета коэффициента дифференциации 496,48 руб., с учетом коэффициента дифференциации 552,08 руб.;
 - ✓ эндоскопические диагностические исследования без учета коэффициента дифференциации 1 562,90 руб., с учетом коэффициента дифференциации 1 737,93 руб.;
 - ✓ молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и подбора таргетной терапии без учета коэффициента дифференциации 8 243,53 руб., с учетом коэффициента дифференциации 9 169,96 руб.;
 - ✓ патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии без учета коэффициента дифференциации 2 034,06 руб., с учетом коэффициента дифференциации 2 261,85 руб.;
 - ✓ тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) без учета коэффициента дифференциации 603,13 руб., с учетом коэффициента дифференциации 670,68 руб.;
 - ✓ обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» без учета коэффициента дифференциации 18 553,37 руб., с учетом коэффициента дифференциации 20 633,06 руб.;
 - ✓ вызов скорой медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации 2 929,40 руб., с учетом коэффициента дифференциации 3 257,49 руб.;
- размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, установлены Приложением № 30;
 - значение коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи установленного Приложением № 24;
 - значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), установленного Приложением № 22.2;
 - значения коэффициента 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, установленного Приложением № 22.1;
 - базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, установленный Приложением № 4;
 - значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установленного Приложением № 4;
 - перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных, применяемый с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций) установлен Приложением № 5, 5.1.
- 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.
- Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных

подразделениях), установлены, в условиях дневного стационара установлены Приложением № 30, на оплату КСГ для оплаты услуг диализа установлены Приложением № 31 Коэффициенты относительной затратоемкости к базовым стоимостям КСГ для оплаты услуг диализа (без учета коэффициента дифференциации) установлены Приложением № 32.

Определение тарифов, указанных в Приложении № 30 осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

- размер среднего норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях без учета коэффициента дифференциации 36 877,63 руб., с учетом коэффициента дифференциации 41 007,93 руб.; в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации 22 636,13 руб., с учетом коэффициента дифференциации 25 171,38 руб.;

- размер базовой ставки финансирования законченного случая лечения заболевания, включенного в КСГ составляет:

- без учета коэффициента дифференциации в стационарных условиях 24 538,61 руб., в условиях дневного стационара 14 039,33 руб.;

- с учетом коэффициента дифференциации в стационарных условиях 27 286,93 руб., в условиях дневного стационара 15 611,73 руб.;

- перечень групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ. КСГ и КПГ, присутствующие в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, указываются в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях составляет 0,65, в условиях дневного стационара 0,6;

- значения коэффициента относительной затратоемкости оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ, в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи. Значения коэффициентов относительной затратоемкости по группам заболеваний, в том числе КСГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе Программы госгарантий, устанавливаются в соответствии с перечнем, приведенным в Программе госгарантий;

- значения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установленного Приложением № 24;

- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи в диапазоне от 0,8 до 1,4, установленного Приложениями №№ 28, 29;

- значения коэффициента сложности лечения пациента:

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
1	предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний), 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), 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 ¹	0,2
4	развертывание индивидуального поста	0,2
5	наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии ² , требующей оказания	0,6

№	Случаи, для которых установлен КСЛП	Значение КСЛП
	медицинской помощи в период госпитализации	
6	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) ³	0,05
7	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) ³	0,47
8	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) ³	1,16
9	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) ³	2,07
10	проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) ³	3,49
11	для случаев, не указанных в п. 1-10	0

¹ – за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки

² – наличие у пациента дополнительного диагноза (диагноза осложнения заболевания) из перечня, определенного Приложением № 16, медицинская помощь в соответствии с которым оказывалась пациенту в период госпитализации

³ – перечень возможных операций, а также критерии отнесения соответствующих операций к уровню КСЛП определен Приложением № 17.

- значения коэффициента уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ, в разрезе медицинских организаций: 0,9 - для первого уровня медицинской организации; 1,05 - для второго уровня медицинской организации; 1,25 - для третьего уровня медицинской организации. Перечень КСГ, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня медицинской организации установлен Приложением № 14.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе ОМС, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенной в Программе госгарантий установлены Приложением № 30.

Определение Нормативов финансовых затрат, указанных в Приложении № 30 осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

- доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенной в Программе госгарантий установлены Приложением № 27;

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ в случае выделения в структуре затрат в группе заболеваний, состояний, в том числе КСГ, доли заработной платы и прочих расходов (в том числе приведенной в Программе госгарантий) при расчете тарифа на оплату медицинской помощи коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, коэффициент уровня медицинской организации и коэффициент специфики оказания медицинской помощи применяется только к расходам на оплату медицинской помощи, соответствующим выделенной доле заработной платы и прочих расходов (за исключением случая применения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи к базовой ставке при использовании коэффициента сложности лечения пациента), установлены Приложениями №№ 25, 26.

Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня оказания медицинской помощи, предусмотренные в разделе 5 Требований, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи установлены в Приложении №30.

Медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Тюменской области, формируют учетную политику в соответствии с обязательствами по раздельному учету средств ОМС, ведут

раздельный 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 № 33.

Раздел V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение заключается на 2022 финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

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 приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», 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.