

## ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Самарской области  
на 2024 год

22 января 2024 г.

Министерство здравоохранения Самарской области в лице врио министра здравоохранения Самарской области А.С. Беняна, действующего на основании Положения, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области в лице директора В.Е. Романова, действующего на основании Положения, страховая медицинская организация АО «АСТРАМЕД-МС» в лице директора «АСКОМЕД» АО «АСТРАМЕД-МС» филиала в Самарской области О.В. Козлова, действующего на основании доверенности от 1 января 2024 года № 780, страховая медицинская организация АО «МАКС-М» в лице исполняющего обязанности директора филиала АО «МАКС-М» в городе Самаре О.В. Чугуновой, действующего на основании доверенности от 1 января 2024 года № 44 (мед), Медицинская профессиональная некоммерческая организация «Самарская областная Ассоциация врачей» в лице президента С.Н. Измалкова, действующего на основании Устава, и Самарская областная организация профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Т.А. Сивохиной, действующей на основании Устава, именуемые в дальнейшем представители, руководствуясь приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрав РФ) от 10 февраля 2023 года № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с внесенными изменениями приказом Минздрава РФ от 07.12.2023 № 671н, приказом Минздрава РФ от 18.12.2023 № 701н), приказом Минздрава РФ от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Самарской области от 05.04.2012 № 160 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования», заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Самарской области на 2024 год (далее соответственно – Соглашение, Тарифное соглашение) о нижеследующем:

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Предметом настоящего Соглашения являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи в зависимости от условий оказания медицинской помощи и норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов.

Основными целями Соглашения являются:

предоставление гражданам (застрахованным лицам) равных условий в получении качественной, доступной, бесплатной медицинской помощи в рамках ТП ОМС Самарской области;

приведение в соответствие плановых затрат страховых медицинских организаций (далее - СМО) на оказание медицинской помощи застрахованным лицам и объемно-финансовых нормативов ТП ОМС;

обеспечение соответствия плановых доходов и расходов медицинских организаций объемам предоставления медицинской помощи, утвержденным Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия);

приведение тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС в соответствии с нормативами ТП ОМС.

## ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

*Объемы предоставления медицинской помощи* – объем предоставления медицинской помощи и финансовых средств на обеспечение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств ОМС, установленный для медицинской организации решением Комиссии.

*Субъект первичной медико–санитарной помощи* (далее – субъект ПМСП) – медицинская организация (далее - МО) (юридическое лицо, независимо от организационно-правовой формы собственности, осуществляющее в качестве основного (уставного) вида деятельности медицинскую деятельность на основании лицензии, выданной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности, в том числе индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность), участвующая в реализации территориальной программы ОМС и оказывающая первичную доврачебную медико–санитарную помощь и первичную врачебную медико-санитарную помощь в соответствии с порядками ее оказания.

*Исполнитель медицинской помощи* – МО, оказавшая застрахованному лицу заказанную медицинскую помощь.

*Заказчик медицинской помощи* – МО, заказавшая медицинскую помощь в порядке и на условиях, предусмотренных Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Самарской области и Регламентом применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования (далее - Регламент).

*Плательщик медицинской помощи* – страховая медицинская организация (далее – СМО), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Самарской области (далее – ТФОМС), МО.

*Отдельная медицинская услуга (ОМУ)* – медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, в стационарных условиях, в условиях дневных стационаров, при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

**Заказанная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказанная МО по Территориальной программе ОМС (далее - ТП ОМС) в соответствии с оформленным в установленном порядке направлением заказчика.

**Прикрепленный застрахованный** – застрахованное лицо, выбравшее МО – субъект ПМСП для оказания первичной медико–санитарной помощи в амбулаторных условиях в соответствии с действующим законодательством.

**Посещение** – комплекс всех оказанных лечебно–диагностических амбулаторно–поликлинических услуг субъектом ПМСП его прикрепленному застрахованному в виде контакта пациента с врачом, средним медицинским персоналом на самостоятельном приеме, медсестрой кабинета врача общей практики по поводу страхового случая с применением необходимых диагностических исследований и лечебных манипуляций с последующей записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановки диагноза, профилактики, реабилитации и другие записи на основании наблюдения за пациентом).

**Обращение по поводу заболевания** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

**Комплексное посещение** – законченный случай диспансеризации, профилактического медицинского осмотра, диспансерного наблюдения, медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включающий комплекс профилактических, диагностических и лечебных услуг.

**Экстренная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента.

**Неотложная медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.



**Плановая медицинская помощь** – медицинская помощь, оказываемая при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

**ССМП** – станция (подстанция) скорой медицинской помощи или подразделение скорой медицинской помощи, входящее в состав МО.

**Случай госпитализации** в круглосуточный стационар – случай диагностики и лечения, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**Случай лечения** в дневном стационаре – случай диагностики и лечения, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)** – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**Оплата медицинской помощи по КСГ** – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратноемкости и поправочных коэффициентов.

**Базовая ставка** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом коэффициента приведения.

**Коэффициент относительной затратноемкости** – коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы

заболеваний (КСГ) к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

*Поправочные коэффициенты* – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики оказания медицинской помощи, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов, коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

*Коэффициент специфики* – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе заболеваний;

*Коэффициент уровня медицинской организации* – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

*Коэффициент подуровня медицинской организации* – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

*Коэффициент сложности лечения пациента* – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

*Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации* - устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий выполнить мероприятия по

реализации государственной социальной политики, утвержденные Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597.».

*Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний* – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

## **2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СУБЪЕКТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

2.1. При реализации ТП ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- 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 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), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности

медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в Приложении № 18, медицинской помощи больным с сахарным диабетом в амбулаторных условиях в части ведения школ для больных сахарным диабетом; в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях за единицу объема медицинской помощи.

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

- 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 обязательного медицинского страхования;

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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, 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), респираторной вирусной инфекции, включая вирус гриппа, 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));

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 и (или) обучающихся в образовательных организациях;

- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

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

- 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, летального исхода, 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 29, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний, группу высокотехнологической медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, высокотехнологической медицинской помощи);

- 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, летального исхода, 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 29, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, высокотехнологической медицинской помощи);

2.1.4. 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):

- по подушевому нормативу финансирования;
- 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 обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установленных в Приложении 19. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и расходы на

финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

При использовании способа оплаты по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, оплата проведения компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью выявления онкологических заболеваний и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью выявления онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется способами, указанными в подпункте 2.1.1. настоящего пункта.

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

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной МО застрахованным лицам, за единицу объема медицинской помощи принимаются:

- при оказании медицинской помощи (кроме стоматологической) в амбулаторных условиях - посещение, обращение (законченный случай);
- оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований - исследования;
- оплата профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, диспансерного наблюдения, включая диспансерное

наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, медицинской реабилитации - комплексное посещение;

- при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – посещение с профилактической и иными целями, а также обращение по поводу заболевания, которое корректируется с учетом количества УЕТ (условная единица трудоемкости);

- при оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных МО, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях МО – случай госпитализации;

- при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара – случай лечения;

- при оказании медицинской услуги - медицинская услуга;

- при оказании скорой медицинской помощи - вызов;

-при применении вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения) – случай лечения;

2.3. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты устанавливается:

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности МО (включая показатели объема медицинской помощи) в Приложении 5.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям, с учётом показателей результативности (включая показатели объёма медицинской помощи) в Приложении 6.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) в Приложении 7.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), группу высокотехнологической медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, высокотехнологической медицинской помощи) в Приложении 8.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (КСГ), группу высокотехнологической медицинской помощи, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, высокотехнологической медицинской помощи) в Приложении 9.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих скорую медицинскую помощь вне МО, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в Приложении 10.

- МО (структурных подразделений МО), оказывающих медицинскую помощь по профилю «медицинская реабилитация», в Приложении 16.

- МО, оплата которых осуществляется по нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в Приложении 26.

### **3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

3.1. Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе структура тарифа на оплату



медицинской помощи, установлены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ.

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, 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 четырехсот тысяч 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 обязательного медицинского страхования.

После завершения участия медицинской организации в реализации программ обязательного медицинского страхования на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, 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 обязательного медицинского страхования,

полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальными программами государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. 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, на 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 Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования).

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и средние нормативы финансовых затрат на единицу объема высокотехнологичной медицинской помощи включают в себя расходы на приобретение основных средств (без ограничения стоимости).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, оказанной застрахованным лицам определяют уровень возмещения и состав компенсируемых расходов МО.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию включают расходы непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи в системе ОМС и расходы на обеспечение деятельности МО.

Расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу, расходы на приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью свыше 1 млн. рублей, расходы на приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при наличии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности, а также расходы на проведение капитального ремонта и разработку проектно-сметной документации для его проведения и иные расходы, не включенные в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», осуществляются за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов и в структуру тарифа не включаются.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию формируются в соответствии с принятыми в ТП ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение осуществления стимулирующих денежных выплат, в том числе:

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

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

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

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При оказании застрахованным лицам в рамках ТП ОМС первичной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара и в неотложной форме, специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется обеспечение граждан лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов в соответствии с Федеральным законом "Об обращении лекарственных средств", и медицинскими изделиями, включенными в утвержденный Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий, имплантируемых в организм человека, которые предусмотрены стандартами медицинской помощи, для лечения основного и сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача.

Застрахованные лица, получающие лечение в условиях круглосуточного стационара, обеспечиваются лечебным питанием по назначению лечащего врача в соответствии с нормами, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 05.08.2003 № 330 "О мерах по совершенствованию лечебного питания в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации", от 21.06.2013 № 395н "Об утверждении норм лечебного питания".

При определении соответствующих направлений расходования финансовых средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 29.11.2017 года № 209н "Об утверждении порядка применения классификации операций сектора государственного управления", Классификацией основных

средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 01.01.2002 года №1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-2014, принятым и введенным в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 12 декабря 2014 г. № 2018-ст».

МО направляют средства, полученные от СМО за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС и не используют для иных целей, финансируемых за счет средств бюджетов всех уровней или других источников, а также за счет предпринимательской деятельности.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС установлены настоящим Соглашением.

3.2.1. Для определения размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены:

- половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп населения (Приложение 12);

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

врачебные посещения и обращения по поводу заболевания (Приложение 1 «Тарифы на первичную медико-санитарную помощь и исследования, оказываемые в амбулаторных условиях»)

- перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

отдельные медицинские услуги (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования 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)) (Приложение 1 «Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований»);

профилактические медицинские осмотры и диспансеризация, в том числе углубленная диспансеризация (Приложение 1 «Тарифы на профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию определенных категорий граждан, включая углубленную диспансеризацию (COVID-19) дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации определенных категорий граждан»);

диспансерное наблюдение (Приложение 1 «Тарифы на диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения»);

неотложная медицинская помощь (в том числе в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации, травматологических пунктах) (Приложение 1 «Тарифы на первичную медико-санитарную помощь и исследования, оказываемые в амбулаторных условиях»);

медицинская помощь по профилю "стоматология" (Приложение 1 «Тарифы на медицинские услуги для взрослых, оказываемые в амбулаторных условиях в стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, входящих в медицинские организации, сформированные на основе условных единицах трудоемкости (УЕТ)», Тарифы на медицинские услуги для детей, оказываемые в амбулаторных условиях в стоматологических поликлиниках, отделениях, кабинетах, входящих в медицинские организации, сформированные на основе условных единицах трудоемкости (УЕТ));

медицинская помощь по профилю "дерматовенерология" (Приложение 1 «Тарифы на амбулаторно-поликлинические услуги», «Тарифы на услуги параклинических подразделений»);

медицинская помощь, оказанная в Центрах здоровья (Приложение 1 «Тарифы на первичную медико-санитарную помощь и исследования, оказываемые в амбулаторных условиях»);

услуги диализа (Приложение 1 «Тарифы для оплаты услуг диализа»);

первичная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, оказываемая в связи с заболеваниями по профилю "Медицинская реабилитация"

(Приложение 1 «Тарифы на обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация»);

позитронно-эмиссионная и рентгеновская компьютерная томография (ПЭТ/КТ) (Приложение 1 «Тарифы на услуги параклинических подразделений»);

медицинской помощи больным с сахарным диабетом в амбулаторных условиях в части ведения школ для больных сахарным диабетом (Приложение 1 «Тарифы на амбулаторно-поликлинические услуги»);

фельдшерские здравпункты (ФП), фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), дифференцированные по численности обслуживаемого населения, а также размер их финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (Приложение 27);

- перечень медицинских организаций и их структурных подразделений, отвечающих условиям для установления 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 (Приложение 28);

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 6 914,72 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 67,20 рублей;

- размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 21);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, учитывающих 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, а также с учетом половозрастного состава (Приложение 23).

Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), а также коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, установлены в значении единицы.

- перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, установленный в приложении к настоящим 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 31).

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

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования - 7 070,61 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования- 237,38 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 864,70 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования- 66,03 рубля.

В стационарных условиях (Приложение 17), в условиях дневных стационаров (Приложение 20) установлены:

- перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее – 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 в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ;

- размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) установлен в стационарных условиях - не ниже 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования; в условиях дневного стационара - не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Значения коэффициентов:

а) коэффициенты специфики (Приложения 17, 20);

б) коэффициенты сложности лечения пациента (Приложении 29). При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициентов сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи.

в) коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций (Приложения 3, 4):

- 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.



г) значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации для стационарных условий и условий дневного стационара устанавливаются в размере единицы.

В Приложении 29 установлены:

- размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи приложение:

- доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ;

- перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

- перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно;

- перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию.

Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации (в случае наличия, 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 установлены в Приложении 1 «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, бюджетных ассигнований из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования медицинским организациям, функции и полномочия учредителей в отношении которых осуществляют Правительство Российской Федерации или федеральные органы исполнительной власти».

Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением 1 «Тарифы для оплаты услуг диализа».

3.2.3. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установлены:

- перечень видов скорой медицинской помощи (вызов), финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение 1 «Тарифы на услуги, оказываемые станциями и отделениями скорой медицинской помощи Самарской области»);

- перечень видов скорой медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне подушевого норматива финансирования:

  - вызов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии (Приложение 1 «Тарифы на услуги, оказываемые станциями и отделениями скорой медицинской помощи Самарской области»);

  - оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (Приложение 1 «Тарифы на услуги, оказываемые станциями и отделениями скорой медицинской помощи Самарской области»).

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 039,05 рублей;

- размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение 22);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, учитывающих коэффициенты половозрастного состава (Приложение 24).

Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), а также коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, установлены в значении единицы.

3.2.4. Определение размера тарифов на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара осуществляется согласно подпункту 3.2.1. настоящего пункта.

При этом в расчет принимаются:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (Приложение 25);

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 67,20 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования- 237,38 рублей;

- средний размер финансового обеспечения медицинской реабилитации в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 66,03 рубля;

- размер базовых подушевых нормативов финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара и в стационарных условиях (Приложения 14, 15);

- дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, учитывающих 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, а также с учетом половозрастного состава (Приложение 25).

Коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), а также коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, установлены в значении единицы.

перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, установленный в приложении к настоящим 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 19, 32).

3.4. Решение о направлении поступившего объема финансовых средств на ту или иную предметную статью классификации операций сектора государственного управления, относящегося к расходам бюджета, принимается руководителем МО с учетом соблюдения принципа эффективного и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, при условии соблюдения натуральных норм по продуктам питания, отсутствия жалоб на лекарственное обеспечение и питание со стороны застрахованных, отсутствия кредиторской задолженности.

МО ведут отдельный аналитический учет поступления и расходования финансовых средств по видам и условиям оказания медицинской помощи.

3.5. Расходование средств обязательного медицинского страхования, несоответствующее полностью или частично целям, определенным настоящим Соглашением является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе направление средств ОМС на:

- возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также для возмещения расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой предусмотрено из других источников;
- возмещение расходов по медицинской помощи, не предусмотренной лицензией МО;
- возмещение расходов, не включенных в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС;
- цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и МО;
- необоснованное получение МО средств обязательного медицинского страхования;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;
- расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении фактов нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования, МО обязана вернуть эти средства в бюджет ТФОМС Самарской области.

3.6. ТФОМС осуществляет контроль целевого использования средств обязательного медицинского страхования в МО, работающих в системе обязательного медицинского страхования Самарской области.

3.7. Изменение и индексация тарифов осуществляется путем внесения изменений в настоящее Соглашение.

#### **4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА**

4.1. ТФОМС Самарской области и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам в соответствии с приказом министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н "Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения".

Сумма, не подлежащая оплате по результатам контроля, удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО (или ТФОМС Самарской области), в соответствии с Приложением 30 "Перечень нарушений, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, и размеры финансовых санкций в системе обязательного медицинского страхования".

4.2. При применении финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, ТФОМС, СМО и МО руководствуются Приложением 30 Соглашения, действовавшего на момент проведения контрольно-экспертных мероприятий.

4.3. Отдельные вопросы организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию определяются Приложением 29 "Регламент применения способов оплаты медицинской помощи и взаимодействия участников системы ОМС".

## 5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Настоящее Соглашение заключается на один финансовый год, вступает в силу с 01.01.2024 года и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

5.2. В Соглашение вносятся изменения:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

в) при внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Минздрава РФ) от 10 февраля 2023 года № 44н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

г) 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;

д) 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.



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

5.4. Период вступления в силу внесенных изменений в Тарифное соглашение указывается по тексту дополнительного соглашения.

5.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Врио министра здравоохранения  
Самарской области



А.С. Беньян

Директор ТФОМС Самарской  
области



В.Е. Романов

Директор «АСКОМЕД»  
АО «АСТРАМЕД-МС»  
филиала в Самарской области

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"  
в городе Самаре

О.В. Чугунова

Президент Медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина



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

5.4. Период вступления в силу внесенных изменений в Тарифное соглашение указывается по тексту дополнительного соглашения.

5.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Врио министра здравоохранения  
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской  
области

В.Е. Романов

Директор «АСКОМЕД»  
АО «АСТРАМЕД МС»  
филиала в Самарской области



 О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"  
в городе Самаре

О.В. Чугунова

Президент Медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

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

5.4. Период вступления в силу внесенных изменений в Тарифное соглашение указывается по тексту дополнительного соглашения.

5.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Врио министра здравоохранения  
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской  
области

В.Е. Романов

Директор «АСКОМЕД»  
АО «АСТРАМЕД-МС»  
филиала в Самарской области

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"  
в городе Самаре



О.В. Чугунова

Президент Медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

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

5.4. Период вступления в силу внесенных изменений в Тарифное соглашение указывается по тексту дополнительного соглашения.

5.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Врио министра здравоохранения  
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской  
области

В.Е. Романов

Директор «АСКОМЕД»  
АО «АСТРАМЕД-МС»  
филиала в Самарской области

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"  
в городе Самаре

О.В. Чугунова

Президент Медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная Ассоциация врачей"



С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ

Т.А. Сивохина

5.4. Все приложения к настоящему Соглашению являются его неотъемлемой частью.

Врио министра здравоохранения  
Самарской области

А.С. Бенян

Директор ТФОМС Самарской  
области

В.Е. Романов

Директор «АСКОМЕД»  
АО «АСТРАМЕД-МС»  
филиала в Самарской области

О.В. Козлов

И.о. директора филиала АО "МАКС-М"  
в городе Самаре

О.В. Чугунова

Президент Медицинской профессиональной  
некоммерческой организации "Самарская  
областная Ассоциация врачей"

С.Н. Измалков

Председатель Самарской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ



Т.А. Сивохина