

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области на 2024 год

г. Томск

от 05.02.2024 г.

## I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители органа исполнительной власти Томской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Томской области, представители Территориального фонда обязательного медицинского страхования Томской области, представители страховых медицинских организаций, представители профессиональных медицинских ассоциаций Томской области, представители профсоюзных организаций, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Томской области, в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 326-ФЗ), Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 323-ФЗ), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 (далее – Программа ОМС), областной Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Томской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Администрации Томской области от 19.01.2024 № 9а, руководствуясь Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденными приказом Минздрава России от 10.02.2023 № 44н заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области на 2024 год (далее – Тарифное соглашение).

## II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТОМСКОЙ ОБЛАСТИ

2.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), 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 **Приложением № 3** к Тарифному соглашению, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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

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);

медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами, с учетом критериев соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области на 2024 год (далее – Положение о порядке оплаты) (**Приложение № 2**).

2.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется:

- **за случай госпитализации (законченный случай лечения)** по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной 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 № 33** к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний), осуществляется:

- **за случай (законченный случай) лечения заболевания**, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний);

- **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 № 33** к Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний).

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.4. Оплата 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), осуществляется:

- **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).

Порядок оплаты скорой медицинской помощи устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется 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 (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические 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 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), с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, установленных **Приложением № 3** к Тарифному соглашению.

Порядок оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к 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, устанавливается Положением о порядке оплаты.

2.6. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, доабортное консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности.

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

2.7. Перечень медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Томской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты в 2024 году установлен в **Приложении № 1** к Тарифному соглашению.

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

3.1. Размер тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующих на территории Томской области, формируется в соответствии с методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила ОМС), и совместным Проектом Минздрава России и Федерального фонда обязательного медицинского страхования методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением, принимаются для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках территориальной Программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Томской области, в медицинских организациях в рамках заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах установленного объема предоставления медицинской

помощи, подлежащей оплате за счет средств ОМС. Оплата медицинской помощи, оказанной на территории Томской области в рамках базовой программы ОМС лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется в порядке, установленном Правилами ОМС, по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ, разделом IV Программы ОМС.

В тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), скорой медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, обслуживаемое станцией скорой медицинской помощи или отделениями скорой медицинской помощи, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, включаются расходы на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачам-терапевтам участковых, врачам-педиатрам 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.

Медицинская организация обязана вести отдельный учет средств ОМС, в том числе осуществлять отдельное ведение бухгалтерского учета поступивших и израсходованных средств ОМС от других источников финансирования (бюджетного, от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности), а также по видам и условиям оказания медицинской помощи (специализированная медицинская помощь в стационарных условиях, специализированная медицинская помощь в условиях дневного стационара, высокотехнологичная медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь и первичная специализированная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях, скорая медицинская помощь вне медицинской организации).

### **3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:**

3.2.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4.**

3.2.2. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного), 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), включает первичную доврачебную медицинскую помощь, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, телемедицинские услуги, диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих расчетов в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н).

3.2.3. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц на оплату медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), включает первичную доврачебную медицинскую помощь, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, телемедицинские услуги, диагностические (лабораторные) исследования для проведения межучрежденческих расчетов в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н).

3.2.4. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях вне подушевого норматива финансирования, оплачиваемая по тарифам в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (за медицинскую услугу, услугу диализа, за посещение, обращение (законченный случай), комплексное посещение):

- медицинская помощь, оказываемая в неотложной форме;
- стоматологическая медицинская помощь;
- диализ;
- медицинская реабилитация;
- медицинская помощь, оказываемая в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;
- профилактические медицинские осмотры;
- диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- углубленная диспансеризация (включая второй этап диспансеризации);
- диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- проведение отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи;
- медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.2.5. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 9 758,35 рублей.

Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц на год составляет 2 386,05 рублей (198,84 рублей в месяц).

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи и размер базового подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях не включают средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Томской области.

3.2.6. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих:

- половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации;

- 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;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 5**.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Томской области, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены **Приложением № 5**.

3.2.7. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц на год составляет 565,20 рублей (47,10 рублей в месяц).

Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» для медицинских организаций, учитывающих:

- половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации;

- 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;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 6**.

Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «Акушерство и гинекология», по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Томской области, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) установлены **Приложением № 6**.

3.2.8. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение

(законченный случай), комплексное посещение), применяемые в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Томской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

1) Тарифы на оплату неотложной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 7**.

2) Тарифы на оплату стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 8**.

3) Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в отделениях приемного покоя, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 9**.

4) Тарифы на оплату услуг диализа, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 10**.

5) Тарифы на оплату медицинской реабилитации, оказываемой в амбулаторных условиях, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области установлены **Приложением № 11**.

6) Тарифы на оплату отдельных лечебных и (или) лечебно-диагностических услуг, оказанных в амбулаторных условиях, за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 12**.

7) Тарифы на оплату исследований, проводимых по направлениям врачей-онкологов первичных онкологических отделений медицинских организаций, поликлинических отделений ОГАУЗ «Томский областной онкологический диспансер» и ФГБУ СибФНКЦ ФМБА России, по направлениям врачей-гематологов, выданным пациентам с заболеваниями онкогематологического профиля, а также по направлениям, выданным детям до 18 лет врачами-специалистами, с учетом заключений врачебной комиссии, медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Томской области в 2024 году, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 13**.

8) Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 14**.

9) Тарифы на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (в том числе для оплаты медицинских услуг при оказании медицинской помощи в рамках профилактических медицинских осмотров, диспансеризации (включая диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин), а также в стационарных условиях и в условиях дневного стационара), применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением № 15**.

10) Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 16**.



11) Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 17**.

12) Тарифы на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот, детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронажную семью, в том числе детей, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 18**.

13) Тарифы на оплату первого и второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 19**.

14) Тарифы на оплату углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в том числе граждан, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 20**.

15) Тарифы на оплату углубленной диспансеризации для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), применяемые при межучрежденческих и межтерриториальных расчетах, установлены **Приложением № 21**.

16) Тарифы на оплату диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе граждан, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 22**.

17) Тарифы на оплату диспансерного наблюдения, в том числе лиц, застрахованных за пределами Томской области, установлены **Приложением № 23**.

19) Тарифы на оплату акушерско-гинекологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 24**.

3.2.9. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, 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, установлены **Приложением № 2**.

3.2.10. Размеры финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, установлены **Приложением № 25**.

### **3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара:**

3.3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной Программой ОМС:

в стационарных условиях составляет 9 878,30 рублей;

в условиях дневного стационара 2 582,50 рубля.

3.3.2. Коэффициенты относительной затратноемкости КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, установлены **Приложениями № 26, 27**.

3.3.3. Размер базовой ставки финансирования медицинской помощи по КСГ (без учета коэффициента дифференциации), в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 28** и составляет:

в стационарных условиях 28 923,58 рубля (размер средней стоимости 1 законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет 55 292,70 рубля), что составляет не ниже 65%

от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации (без учета коэффициента дифференциации), установленного территориальной Программой ОМС.

в условиях дневного стационара 16 552,56 рубля (размер средней стоимости 1 законченного случая лечения, включенного в КСГ, составляет 37 827,20 рублей), что составляет не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации (без учета коэффициента дифференциации), установленного территориальной Программой ОМС.

#### 3.3.4. Значения коэффициентов:

а) коэффициенты дифференциации по территории оказания медицинской помощи для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 29**;

б) коэффициенты специфики оказания медицинской помощи по КСГ, для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 30**;

в) коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области установлены **Приложением № 31**, и применяются к отдельным случаям оказания медицинской помощи на основании следующих объективных критериев:

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, имеющих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста) – 0,20;

предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, имеющих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности, независимо от возраста), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология», – 0,60;

оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра и за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки – 0,20;

развертывание индивидуального поста – 0,20;

наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, – 0,60;

проведение реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5 суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации) - 0,15;

при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых: в стационарных условиях – 0,63; в условиях дневного стационара – 1,20;

проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах в зависимости от сложности вмешательств или операций: уровень 1 – 0,05; уровень 2 – 0,47; уровень 3 – 1,16; уровень 4 – 2,07; уровень 5 – 3,49;

остальные случаи – 0.

г) коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, для оплаты медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 32.**

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.

3.3.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара:

а) при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии: при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости законченного случая по КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 100% от стоимости законченного случая по КСГ;

б) при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии: при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости законченного случая по КСГ;

при длительности лечения более 3 дней – 80% от стоимости законченного случая по КСГ.

3.3.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 33.**

3.3.7. Тарифы на оплату услуг диализа, оказанных в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлены **Приложением № 10.**

3.3.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 34.**

3.3.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 35.**

3.3.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара, в том числе лицам, застрахованным за пределами Томской области, установлен **Приложением № 36.**

3.3.11. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установлены **Приложением № 37.**

### **3.4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:**

3.4.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4.**

3.4.2. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной Программы ОМС в Томской области, оказываемой в экстренной и неотложной формах, по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации скорой, за исключением:

- медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- медицинской помощи в части оплаты за единицу объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга).

3.4.3. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 480,53 рублей.

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Томской области.

3.4.4. Базовый подушевой норматив финансирования, применяемый при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключаящий влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи составляет 78,00 рублей.

3.4.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования, в разрезе медицинских организаций, для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, учитывающие:

- половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации;

- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации);

- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициент дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 38.**

3.4.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), в том числе применяемые при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Томской области, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, установлены **Приложением № 39.**

### **3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию:**

3.5.1. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной Программы ОМС в Томской области в разрезе половозрастных групп, установлены **Приложением № 4.**

3.5.2. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в том числе первичную доврачебную медицинскую помощь, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи (посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, неотложная медицинская помощь), за исключением:

- стоматологической медицинской помощи;
- диализа;
- медицинской реабилитации в амбулаторных условиях;
- медицинской помощи, оказываемой в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;
- профилактических медицинских осмотров;
- диспансеризации (включая второй этап 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;
- проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- проведения отдельных лечебных, лечебно-диагностических услуг, оплачиваемых за единицу объема медицинской помощи;
- медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3.5.3. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи, а также значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих:

- половозрастные коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации;
- 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;
- коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);
- коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Томской области;

- коэффициенты дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установлены **Приложением № 40**.

Тарифы на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), установлены **Приложением №40**.

#### **IV. 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**

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ; размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи; 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 № 41**.

#### **V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение заключается на 2024 год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течении 2024 года.

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


5.3. Дополнительное соглашение вступает в силу с даты подписания, если самим дополнительным соглашением не установлен иной срок вступления в силу.

Начальник Департамента здравоохранения  
Томской области – председатель Комиссии




Р.О. Фидаров

Председатель Правления Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Томской  
области



С.Н. Грузных

Председатель Томской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации



Н.А. Букрева

Председатель первичной профсоюзной  
организации ОГАУЗ «Детская больница № 1»  
Томской областной организации профсоюза  
работников здравоохранения



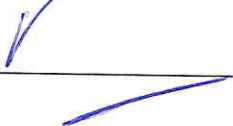
М.Г. Елизарова

Член Томской региональной общественной  
организации «Ассоциация заслуженных врачей»



И.С. Квач

Член Ассоциации «Медицинская Палата Томской  
области»



Е.С. Куликов

Заместитель начальника Департамента  
здравоохранения Томской области по экономике и  
финансам



М.С. Макарова

Первый заместитель директора филиала АО  
«МАКС-М» в г. Томске



А.А. Медведев

Директор Томского филиала АО «Страховая  
компания «СОГАЗ-Мед»



А.Н. Пахтусова

И.о. директора Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Томской  
области – секретарь Комиссии



С.Н. Старкова