

# ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

## в системе обязательного медицинского страхования Новосибирской области

г. Новосибирск

«31» января 2024 г.

### 1. Общие положения

Министерство здравоохранения Новосибирской области, в лице министра Хальзова Константина Васильевича,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в лице директора Ягнюковой Елены Владимировны,

страховые медицинские организации, в лице генерального директора Общества с ограниченной ответственностью «Страховая медицинская организация «СИМАЗ-МЕД» Вторушина Евгения Станиславовича,

медицинские профессиональные некоммерческие организации, созданные в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в лице председателя Общественной организации «Новосибирская областная ассоциация врачей» Дорофеева Сергея Борисовича,

профессиональные союзы медицинских работников или их объединения (ассоциации), в лице председателя Новосибирской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Печерской Галины Ивановны,

в дальнейшем совместно именуемые «Стороны»,

на основании Бюджетного кодекса Российской Федерации, Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила), приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231 «Об утверждении порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения», и соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 №44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утв. Минздравом России, ФОМС (далее-Методические рекомендации), заключили настоящее соглашение (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и порядок их применения на территории Новосибирской области, а также способов оплаты медицинской помощи, размеров 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 (далее – санкций).

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию применяются медицинскими организациями для расчетов за медицинскую помощь, оказанную в соответствии с Территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) застрахованным лицам на территории Новосибирской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.



Под медицинскими организациями в тарифном соглашении понимаются медицинские организации, имеющие право на осуществление медицинской деятельности, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих ТП ОМС.

Система оплаты медицинской помощи, устанавливаемая Тарифным соглашением, должна способствовать решению следующих основных задач:

- обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации на территории Новосибирской области, определяемых ТП ОМС, в условиях максимально эффективного расходования финансовых средств;
- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение объема помощи на внегоспитальный этап, сокращение длительности пребывания больных в стационаре, усиление профилактической направленности в деятельности медицинских учреждений, обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;
- способствовать приведению уровня тарифов в соответствии с нормативно обоснованными затратами на оказание медицинской помощи застрахованным лицам.

## **2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

2.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС формируются в соответствии с Методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, установленной Правилами, с учетом расчетного коэффициента дифференциации - 1,14 согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с ТП ОМС и включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (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 одного млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

В соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании расходы медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, в части капитального ремонта и проектно-сметной документации для его проведения, за счет



средств обязательного медицинского страхования не осуществляются.

Расходы медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, на приобретение основных средств стоимостью свыше 400 тысяч рублей за единицу осуществляются за счет средств обязательного медицинского страхования, но в пределах счетов, принятых к оплате.

2.2. Расходы на оплату труда устанавливаются с учетом требований Указа Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также Плана мероприятий (дорожной карты) «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Новосибирской области», утвержденного распоряжением Правительства Новосибирской области от 04.03.2013 № 121-рп, и включают выплаты, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области.

В состав расходов на оплату труда включаются выплаты, предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области, с учетом расходов на финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежных выплат:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым 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 (акушеркам), 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 и специалистам со средним медицинским образованием за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

При формировании тарифов не учитываются:

- иные выплаты работникам медицинских организаций, устанавливаемые органами государственной власти Новосибирской области, не предусмотренные трудовым законодательством Российской Федерации и Отраслевым соглашением по государственным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Новосибирской области;

- увеличение надбавок, доплат, повышений и других выплат к заработной плате, устанавливаемых работникам медицинских организаций ведомственного подчинения в соответствии с нормативными правовыми актами и распорядительными документами министерств и ведомств, сверх установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Расходы по начислениям на выплаты по оплате труда включаются в тариф в размере, устанавливаемом законодательством Российской Федерации.

Включение в тариф расходов на медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментarium осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами, в том числе Перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках ТП ОМС.



Расходы на мягкий инвентарь, продукты питания, содержание медицинской организации включаются в тариф в соответствии нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Средства, полученные медицинскими организациями за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным за пределами Новосибирской области, используются на все виды расходов, включенные в состав тарифа.

Нецелевым использованием средств ОМС является направление медицинской организацией средств ОМС на цели, полностью или частично не соответствующие целям, установленным настоящим Тарифным соглашением, в том числе:

- в результате завышения тарифов медицинской помощи в рамках ТП ОМС;
- в результате включения в реестр счетов и счета на оплату медицинской помощи медицинских услуг, подлежащих оплате за счет иных источников;
- в результате необоснованно запрошенных дополнительных сумм финансирования;
- оплата видов медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС;
- оплата медицинской помощи, не предусмотренной лицензией медицинской организации;
- оплата расходов, не включенных в тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ТП ОМС;
- финансирование структурных подразделений (служб) медицинских организаций, финансируемых из иных источников;
- расходование средств ОМС сверх норм, установленных соответствующими министерствами, ведомствами;
- расходование средств ОМС при отсутствии подтверждающих документов;
- оплата собственных обязательств, не связанных с деятельностью по ОМС;
- суммы нецелевого использования средств на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

В соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями» средства, использованные не по целевому назначению, медицинская организация возвращает в бюджет территориального фонда в течение 10 рабочих дней со дня предъявления территориальным фондом соответствующего требования, а также за использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская организация уплачивает в бюджет территориального фонда штраф в размере 10 процентов от суммы нецелевого использования средств и пени в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации, действующей на день предъявления санкций, от суммы нецелевого использования указанных средств за каждый день просрочки.

### **3. Способы оплаты медицинской помощи**

#### **3.1. Общие принципы и условия применения тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

##### **3.1.1. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации**



по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы по ОМС) являются едиными для всех страховых медицинских организаций (далее - СМО), участвующих в сфере обязательного медицинского страхования Новосибирской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках Территориальной программы ОМС.

При формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинских услуг по законченным случаям оказания медицинской помощи применяются тарифы по ОМС, действующие на дату окончания лечения.

Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования, установленного законом Новосибирской области о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Новосибирской области, и могут корректироваться с учетом изменения финансового обеспечения Территориальной программы ОМС.

3.1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с Методическими рекомендациями и включают в себя статьи затрат, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования.

3.1.3. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, распределяются решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС (далее - Комиссия) между медицинскими организациями.

3.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинской организацией сверх объемов, распределенных для нее решением Комиссии, осуществляется на основании решения Комиссии о перераспределении объемов и внесения соответствующих изменений в договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3.1.5. Реестры счетов и счета на оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам, формируются в разрезе СМО по принадлежности полиса ОМС по установленной форме в зависимости от условий оказания медицинской помощи.

Идентификация застрахованных лиц, не имеющих в момент обращения за медицинской помощью полисов ОМС, производится в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Формирование реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи производится программными продуктами, реализующими действующую методику расчета стоимости медицинской помощи, в зависимости от условий ее оказания, на основе согласованных в установленном порядке тарифов.

3.1.6. Реестры счетов и счета за оказанную в рамках ТП ОМС медицинскую помощь медицинская организация направляет в ТФОМС НСО в порядке, установленном Правилами, и в пределах действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

При не соблюдении медицинской организацией установленных сроков подачи счетов и реестров счетов по случаям оказания медицинской помощи гражданам, застрахованным на территории Новосибирской области, такая медицинская организация вправе обратиться в Комиссию за финансовым обеспечением указанных случаев оказания медицинской помощи.



При наличии положительного решения Комиссии счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи могут быть представлены медицинской организацией в течение двадцати пяти рабочих дней со дня принятия такого решения в ТФОМС НСО.

В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля обязана обратиться в Комиссию с предложением о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи.

В случае принятия Комиссией решения об увеличении медицинской организации объемов предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения отклоненные ранее от оплаты счета и реестры счетов на оплату медицинской помощи повторно представляются медицинской организацией в территориальный фонд не позднее пятого рабочего дня месяца, следующего за месяцем, в котором Комиссией были пересмотрены объемы предоставления медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

3.1.7. СМО оплачивает медицинскую помощь по территориальной программе, оказанной медицинской организацией, в пределах распределенных организации решением комиссии объемов предоставления медицинской помощи и ее финансового обеспечения, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим тарифным соглашением, на основании представленных медицинской организацией в ТФОМС НСО реестра счетов и счетов на оплату медицинской помощи с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

3.1.8. В случае изменения тарифов (индексация, изменение поправочных коэффициентов и т.д.) медицинские организации повторно предоставляют пакет документов на оплату медицинской помощи.

### **3.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

3.2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования применяются следующие способы оплаты 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 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), на проведение 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), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;



- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), в том числе при оплате:

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

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

в) 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;

г) 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);

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

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

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);  
- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

3.2.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.2.3. Перечень видов медицинской помощи, форм оказания медицинской помощи и единиц оказания медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим видам медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь (включая первичную доврачебную, первичную врачебную, первичную специализированную медико-санитарную помощь).

Первичная медико-санитарная помощь предоставляется в следующих формах:

- неотложной;
- плановой.

Единицами оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях являются:

- комплексные посещения;
- посещения;
- обращения по поводу заболевания;
- исследования.

Для оплаты стоматологической медицинской помощи и диагностических исследований, оказываемых в амбулаторных условиях, за единицу объема принимаются условные единицы трудоемкости (далее - УЕТ).

Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу на прикрепившихся лиц установлена в пункте 2.2 приложения 2 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи, не входящей в подушевой норматив на прикрепившихся лиц, установлена в пункте 2.3 и разделе 3 приложения 2 к настоящему



Тарифному соглашению.

3.2.4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Порядок оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.3. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

3.3.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования.

Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 7 948,72 рубля (не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новосибирской области).

3.3.2. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, составляет 2 624,77 рубля (с учетом коэффициента дифференциации (1,14)).

3.3.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи.

Размер базовых нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи составляет:

- посещений с иными целями – 439,81 рубля;
- посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 953,38 рубля;
- обращений по поводу заболевания - 2 132,83 рубля;
- комплексное посещение по медицинской реабилитации - 24 645,55 рубля;
- профилактических медицинских осмотров – 2 553,83 рубля;
- диспансерного наблюдения – 2 542,09 рубля;
- диспансеризации - 3 118,13 рубля, в том числе углубленной - 1 342,24 рубля;
- компьютерной томографии – 3 333,02 рубля;
- магнитно-резонансной томографии - 4 551,11 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 673,06 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования - 1 234,16 рубля;
- молекулярно-генетического исследования – 10 364,20 рубля;
- патолого-анатомического исследования биопсийного (операционного) материала - 2 555,99 рубля;
- тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) - 494,76 рубля.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, приведены в электронном виде в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.4. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

3.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, определены в



приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.4.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в том числе прерванных случаев).

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее – госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице 8 Приложения 3 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, с учетом требований Методических рекомендаций.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания по нормативам финансовых затрат.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе прерванных случаев, определен в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.5. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**

#### **3.5.1. Средний размер финансового обеспечения.**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в стационарных условиях, на 1 застрахованное лицо составляет 452,42 рубля (не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новосибирской области).

3.5.2. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в условиях круглосуточного стационара.

Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ)) в стационарных условиях составляет 31 955,85 рубля (с учетом коэффициента дифференциации).

#### **3.5.3. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратоемкости.**

Перечень клинко-статистических групп и установленные коэффициенты



относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по стационарной помощи приведены в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

#### 3.5.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.

Установленные коэффициенты уровня медицинских организаций, коэффициенты специфики, коэффициенты сложности лечения пациента, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в стационарных условиях приведены в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Нормативы финансовых затрат за законченный случай лечения заболеваний по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в условиях стационара, приведены в электронном виде (приложение 6 к настоящему Тарифному соглашению) к настоящему Тарифному соглашению.

### 3.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара

3.6.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6.2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому) (в том числе прерванных случаев).

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной 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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в таблице 6 Приложения 4 к настоящему Тарифному соглашению, за услугу диализа (в



том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи), с учетом требований Методических рекомендаций.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому), определен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.7. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара**

#### **3.7.1. Средний размер финансового обеспечения.**

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в условиях дневного стационара, на 1 застрахованное лицо составляет 2 169,88 рубля (не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новосибирской области).

#### **3.7.2. Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в условиях дневного стационара.**

Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ)) в условиях дневного стационара составляет 18 269,57 рубля (с учетом коэффициента дифференциации).

#### **3.7.3. Перечень КСГ и коэффициентов относительной затратоемкости.**

Перечень клинико-статистических групп (КСГ) и установленные коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости КСГ по медицинской помощи в условиях дневного стационара приведены в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **3.7.4. Поправочные коэффициенты оплаты КСГ.**

Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, коэффициенты специализации, коэффициенты сложности лечения пациента, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в условиях дневного стационара приведены в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

#### **3.8.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации:**

медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), оказывающие скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определены в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **3.8.2. Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.**

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, применяются следующие способы оплаты:

по подушевому нормативу финансирования;



за единицу объема медицинской помощи – 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 в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи приведен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.9. Размер и структура тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации**

#### **3.9.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования.**

Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 1 183,68 рубля (не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новосибирской области).

#### **3.9.2. Размер базового подушевого норматива, применяемого при оплате скорой медицинской помощи.**

Размер базового подушевого норматива, применяемого при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, исключающего влияние применяемых коэффициентов уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям страхования медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, составляет 938,31 рубля (с учетом коэффициента дифференциации (1,14) – 1 169,67 рубля).

#### **3.9.3. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи.**

Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи приведены в электронном виде (приложение 6 к настоящему Тарифному соглашению).

### **3.10. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации**

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, применяется 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. 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики 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.

Порядок применения способов оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, и Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, оплата которой производится по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, определены в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.11. Размер и структура тарифов в части медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации**

#### **3.11.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования.**

Размер среднего подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области в части 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, в расчете на одно застрахованное лицо составляет 18 918,22 рубля (не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Новосибирской области).

#### **3.11.2. Размер базового подушевого норматива финансирования по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи.**

Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования, включая оплату по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи, составляет 12 278,19 рубля (с учетом коэффициента дифференциации (1,14)).

### **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**

По результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются финансовые санкции, действующие на дату проведения контроля, в соответствии с Перечнем санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приложение 8 к настоящему соглашению). При этом санкции, ухудшающие положение привлекаемой к ответственности медицинской организации, не могут иметь обратную силу. В этом случае применяются санкции, действовавшие на момент совершения выявленных нарушений.

Неправомерные действия (бездействие) медицинской организации, совершенные в период проведения контроля, в том числе непредставление медицинской документации,



подтверждающей факт оказания медицинской помощи, влекут применение санкций, действующих на момент такого контроля.

При подтверждении по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС фактов необоснованного включения в реестр счетов на оплату случаев оказания медицинской помощи, эти случаи исключаются из единой базы медицинских услуг, оказанных застрахованным лицам.

С целью достижения сопоставимости размера штрафов по сопоставимым основаниям в одинаковых условиях оказания медицинской помощи среди медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в случае, если медицинская помощь, в отношении которой по результатам МЭК, МЭЭ или ЭКМП принято решение о необходимости применения штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, подлежит оплате в субъекте Российской Федерации по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, при определении размера штрафа применяется значение вышеуказанных подушевых нормативов финансирования в зависимости от условий, в которых фактически была оказана медицинская помощь, подлежащая наложению штрафа, независимо от применяемого способа оплаты.

## **5. Заключительные положения**

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до 31.12.2024.

Тарифное соглашение распространяет свое действие на правоотношения по оплате медицинской помощи, оказанной с 01.01.2024.

5.2. Все приложения Тарифного соглашения являются его неотъемлемой частью.

5.3. Неотъемлемыми приложениями Тарифного соглашения являются:

- Приложение 1: «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь по условиям её предоставления в рамках Территориальной программы ОМС, в том числе по уровням и подуровням»
- Приложение 2: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»
- Приложение 3: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях»
- Приложение 4: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара»
- Приложение 5: «Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи»
- Приложение 6: «Тарифы на оплату медицинской помощи» в электронном виде
- Приложение 7: «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации»
- Приложение 8: «Перечень санкций, применяемых к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»



Министр здравоохранения  
Новосибирской области



М.П., подпись

К.В. Хальзов

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Новосибирской области



М.П., подпись

Е.В. Ягнюкова

Генеральный директор общества с  
ограниченной ответственностью  
«Страховая медицинская организация  
«СИМАЗ-МЕД»



М.П., подпись

Е.С. Вторушин

Председатель Общественной  
организации «Новосибирская  
областная ассоциация врачей»



М.П., подпись

С.Б. Дорофеев

Председатель Новосибирской  
областной организации профсоюза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации



М.П., подпись

Г.И. Печерская