

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**по реализации территориальной программы обязательного**  
**медицинского страхования Тверской области на 2025 год**  
**и на плановый период 2026 и 2027 годов**

г. Тверь

«31» января 2025г.

**I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

Министерство здравоохранения Тверской области (далее - Министерство), в лице Министра здравоохранения Тверской области Абрамовой Ксении Александровны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Тверской области (далее - Фонд), в лице директора Гуляевой Натальи Михайловны,

Страховые медицинские организации, работающие в сфере ОМС Тверской области (далее - СМО), в лице директора Тверского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Каргиновой Жанны Александровны,

Тверская областная организация профсоюзов работников здравоохранения РФ, в лице председателя Грека Вячеслава Анатольевича,

Региональная общественная организация «Врачебная палата Тверской области», в лице представителя Максимовой Натальи Евгеньевны,  
на основании:

– Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ);

– Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ);

– Постановление Правительства РФ от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа);

– Постановление Правительства Тверской области от 25.12.2024 № 642-пп «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам на территории Тверской области медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Территориальная программа ОМС);

– Приказа Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила);

– Приказа Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения» (зарегистрирован в Минюсте России 13.05.2021 № 63410);

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования на текущий финансовый год (далее – Федеральная методика),

заключили настоящее Тарифное соглашение по реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Тверской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов (далее также – Тарифное соглашение, Соглашение) о нижеследующем:

1. Предметом Тарифного соглашения является согласованные сторонами позиции по оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Тверской области (далее - медицинские организации), в рамках реализации Территориальной программы ОМС, тарифы на оплату медицинской помощи, их структура и порядок оплаты (*Приложение № 1*), 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.

2. Целями Тарифного соглашения являются:

– создание условий для обеспечения равнодоступности застрахованным по ОМС лицам в получении бесплатной и качественной медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти: положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

– обеспечение финансовой устойчивости сферы ОМС Тверской области;

– обеспечение целевого и эффективного использования средств ОМС.

3. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии, по тарифам на оплату медицинской помощи и в соответствии с порядком, установленным Правилами на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

## **II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

4. Для реализации Территориальной программы ОМС в 2025 году применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС в Российской Федерации.

4.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

4.1.1. 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), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, 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;

4.1.2. за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

4.1.2.2. медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

4.1.2.3. 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;

4.1.2.4. 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, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

4.1.2.6. диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

4.1.2.7. медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

4.1.2.8. медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

4.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

4.2.1. 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 исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

4.2.2. 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, 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 приложении № 7 Программы, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

4.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

4.3.1. 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);

4.3.2. 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-

статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

4.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

4.4.1. по подушевому нормативу финансирования;

4.4.2. 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).

5. Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Тверской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи. (*Приложение № 2*)

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

6. Размер, порядок расчета и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

7. В расчет тарифов включены затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

8. Коэффициент дифференциации по постановлению Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 для Тверской области – 1,0.

9. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в соответствии с частями 7 и 8 статьи 35 Федерального закона № 326-ФЗ включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского

