

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО БАЗОВОЙ ПРОГРАММЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА
ТЕРРИТОРИИ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ
на 2021 год**

г. Тюмень

«25» января 2021 года

РАЗДЕЛ I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Тюменской области от 27.12.2011 № 487-п «О создании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области», представители Сторон, включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Тюменской области:

От Правительства Тюменской области:

Логинова Наталья Валерьевна – директор Департамента здравоохранения Тюменской области

Новикова Татьяна Сергеевна - заместитель директора Департамента здравоохранения Тюменской области

От территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области:

Гиберт Юрий Борисович - директор

Ботнарь Фатыма Анваровна – заместитель директора по медицинскому страхованию

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

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

Кудряков Андрей Юрьевич - член Ассоциации «Тюменское региональное медицинское общество»

От профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций):

Кудряшов Валерий Павлович - председатель Тюменской областной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

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

От страховых медицинских организаций:

Фролова Людмила Александровна - директор Тюменского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед»

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

Согласовали Тарифное соглашение по базовой программе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) на территории Тюменской области на 2021 год (далее - Тарифное соглашение).

Нормативную правовую базу для настоящего Тарифного соглашения составляют Федеральные законы от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №323-ФЗ), от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об ОМС в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №326-ФЗ), постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», Правила ОМС, утвержденные приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н (далее - Правила ОМС), приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 30.12.2020 № 11-7/И/2-20691/00-10-26-2-04/11-51 «О Методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС» (далее - Методические рекомендации по способам оплаты), Закон Тюменской области от 04.12.2020 № 100 «О бюджете территориального фонда ОМС Тюменской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», постановление Правительства Тюменской области от 30.12.2020 № 893-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов», и другие нормативные правовые акты Российской Федерации и Тюменской области, регулирующие правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения.

Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами способы и условия оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, застрахованным по ОМС гражданам (лицам), тарифы на оплату медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех участников, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории Тюменской области, оплачивающих медицинскую помощь в рамках программы ОМС и установлены Разделом III.

РАЗДЕЛ II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

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

Медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях^{2;3,6>}

- 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, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)^{5>}, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

- за единицу объема медицинской помощи (медицинскую услугу)^{6>}:

- а) 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;

- б) при оплате следующих диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала и молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических

заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации^{4>}, при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н.

Медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях^{7>}, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), и в условиях дневного стационара^{8>}:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, состояний (клинико-профильную группу - КПГ, клинико-статистическую группу - КСГ);

- за медицинскую услугу при оплате услуг диализа;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи^{9:10>} при заболевании, состоянии, включенном в КСГ, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

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

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Примечание:

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

2> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в зависимости от уровня медицинской организации установлен **Приложением № 2**. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в зависимости с указанием значений коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня оказания медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи установлен **Приложением № 20.2**.

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

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

5> Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежеквартально по показателям результативности деятельности медицинской организации, установленным **Приложением № 5**, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства, установлен **Приложением № 5.1**.

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

7> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях стационара в зависимости от уровня медицинской организации

установлен **Приложением №7**. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи установлено **Приложением №26**. Значения коэффициентов уровня оказания медицинской помощи установлено **Разделом III**. Перечень клинико-статистических групп заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, установлен **Приложением № 8**. Порядок формирования отдельных КСГ в условиях круглосуточного стационара установлен **Приложением № 9**.

8> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в зависимости от уровня медицинской организации установлен **Приложением № 10**. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи установлено **Приложением № 27**. Значение коэффициента уровня оказания медицинской помощи, в разрезе медицинских организаций и (или) их структурных подразделений по видам оказываемой ими медицинской помощи установлено **в размере 1**. Перечень КСГ заболеваний для оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлен **Приложением № 11**. Порядок формирования отдельных КСГ в условиях дневного стационара установлен **Приложением № 12**.

9> Порядок оплаты прерванных случаев лечения в условиях дневного стационара и стационара установлен **Приложением № 13**.

10> Перечень КСГ в стационарных условиях, и условиях дневного стационара, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения установлен **Приложением № 14**. Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен **Приложением № 15**.

11> Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи в зависимости от уровня медицинской организации установлен **Приложением № 16**.

РАЗДЕЛ III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Тарифы установлены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона № 323-ФЗ по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе II Тарифного соглашения, в соответствии Главой XII Правил ОМС и Методическими рекомендациями по способам оплаты.

Тариф на оплату медицинской помощи включает в себя: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

В расходы на заработную плату работников медицинской организации не входит оплата труда специалистов с высшим и средним медицинским образованием, оказывающих медицинскую помощь, не предусмотренную разрешением на медицинскую деятельность (лицензией), и (или) не имеющих действующих сертификатов по соответствующей специальности.

Тарифы на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня медицинской организации. Размер коэффициент уровня, установлен **Приложением №28**:

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

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

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

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлены Приложением №21, для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации установлены Приложением №28.

Определение тарифов, указанных в Приложениях № №21, 28 осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

- размер среднего подушевого норматива финансирования в расчете на одно застрахованное лицо в амбулаторных условиях **5 116,55 руб.**; для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации **851,66 руб.**;

- размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования:

- без учета коэффициента дифференциации в амбулаторных условиях **2 417,12 руб.**; для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации **817,08 руб.**;

- с учетом коэффициента дифференциации в амбулаторных условиях **2 687,84 руб.**; для оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации **908,59 руб.**;

- значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования, исключая влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации), стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, в том числе за вызов скорой медицинской помощи, и оказываемой в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, установленного Приложениями №№ 18, 21;

- значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования, учитывающего следующие критерии: половозрастной состав обслуживаемого населения; плотность расселения обслуживаемого населения; транспортная доступность; уровень и структура заболеваемости обслуживаемого населения; климатические и географические особенности территории обслуживания населения; достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Тюменской области, установленного **Приложениями №№ 18.1,20.3**;

- размеры базовых нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания (вызов скорой медицинской помощи) по видам медицинской помощи, установлены **Приложением №28**;

- значение коэффициентов дифференциации по территориям оказания медицинской помощи установленного **Приложением № 22**;

- значения коэффициента уровня оказания медицинской помощи, включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), установленного **Приложением № 20.2**;

- значения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного **Приложением № 20.1**;

- базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, установленный **Приложением № 4**;

- значение коэффициента специфики оказания медицинской помощи, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающего критерий соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, установленного **Приложением № 4**;

- перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), и критерии их оценки (включая целевые значения), а также размеры и порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение указанных, применяемый с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций) установлен **Приложением № 5**, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства, установлен **Приложением № 5.1**.

При проведении профилактических мероприятий, в том числе в рамках диспансеризации, в вечерние часы и выходные дни, применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере **1,02**.

При проведении профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации) мобильными медицинскими комплексами применяется повышающий коэффициент к установленным тарифам в размере **1,05**.

Тарифы для оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), установлены, в условиях дневного стационара установлены **Приложением №28**.

Определение тарифов, указанных в **Приложении №28** осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

- размер среднего подушевого норматива финансирования в расчете на одно застрахованное лицо в

стационарных условиях **6 225,37** руб.; в условиях дневного стационара **1 520,73** руб.;

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

без учета коэффициента дифференциации в стационарных условиях **23 738,20** руб., в условиях дневного стационара **13 944,45** руб.;

с учетом коэффициента дифференциации в стационарных условиях **26 396,88** руб., в условиях дневного стационара **15 506,23** руб.;

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

- значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в разрезе условий ее оказания к базовой ставке, исключая влияние применяемых коэффициентов относительной затратноности и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации (в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации) и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающих значения не ниже 65% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в стационарных условиях, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования, и не ниже 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой ОМС. установлено **Приложением № 28**;

- значения коэффициента относительной затратноности оказания медицинской помощи по перечню групп заболеваний, в том числе КСГ или КПГ, в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи. Значения коэффициентов относительной затратноности по группам заболеваний, в том числе КСГ или КПГ, присутствующим в перечне заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, устанавливаются в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- значения коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, установленного **Приложением № 22**;

- значения коэффициента специфики оказания медицинской помощи, установленного **Приложениями №№ 26,27**;

- значения коэффициента сложности лечения пациента:

- от **1,0 до 1,2** - при оказании медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет (в том числе включая консультацию врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки);

- от **1,2 до 1,3** - в случае необходимости выполнения при оказании медицинской помощи пациенту одного из следующих мероприятий: предоставления спального места и питания законному представителю (дети до 4 лет, дети старше 4 лет при наличии медицинских показаний); проведения первой иммунизации против респираторно-синцициальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации; развертывания индивидуального поста;

➤ от 1,3 до 1,5 - при проведении сочетанных хирургических вмешательств или проведении однотипных операций на парных органах;

➤ от 1,5 до 1,8 - при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, а также при наличии у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации, длительных сроках госпитализации, обусловленных медицинскими показаниями;

➤ 1 - для случаев, не указанных выше;

• значения коэффициента уровня медицинской организации по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ и КПГ, в разрезе медицинских организаций: 0,9 - для первого уровня медицинской организации; 1,05 - для второго уровня медицинской организации; 1,25 - для третьего уровня медицинской организации.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе ОМС, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены Приложением №28;

Определение Нормативов финансовых затрат, указанных в Приложении №28 осуществлено с учетом нижеперечисленных параметров:

• доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с долями заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи установлены Приложением №25;

• доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе КСГ или КПГ установлены Приложениями №№23, 24.

Размеры оплаты случаев оказания медицинской помощи, при заболеваниях, состояниях, включенных в КСГ, при выполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии, при невыполнении хирургического вмешательства и (или) тромболитической терапии установлены Приложением № 13.

Медицинские организации, осуществляющие свою деятельность в системе ОМС Тюменской области, формируют учетную политику в соответствии с обязательствами по раздельному учету средств ОМС, ведут раздельный аналитический учет поступления и расходования средств ОМС по видам и условиям медицинской помощи, и направляют данные средства на финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим Тарифным соглашением, в соответствии с утвержденным в установленном порядке планом финансово-хозяйственной деятельности (сводом доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения критериев доступности и качества медицинской помощи с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Направление медицинской организацией средств ОМС на расходы, не предусмотренные данным

соглашением, договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, на приобретение товаров, работ, услуг, с нарушением установленного порядка, на возмещение средств ОМС, использованных ранее не по целевому назначению, является нецелевым и нерациональным использованием средств ОМС.

За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС медицинская организация несет ответственность в соответствии с частью 9 статьи 39 Федерального закона № 326-ФЗ.

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

Сведения о перечне 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 ОМС застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, устанавливаемым Минздравом России в соответствии с пунктом 9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона N 326-ФЗ, методике исчисления размеров неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеров уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, устанавливаемой Правилами ОМС, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи).

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (размеры неоплаты, неполной оплаты медицинской помощи) в системе обязательного медицинского страхования Тюменской области с 1 января 2021 года установлен **Приложением № 29**.

РАЗДЕЛ V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Тарифное соглашение заключается на 2021 финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной в течение данного финансового года.

В тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в Тюменской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;
- при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе тарифного соглашения - в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах II и III настоящего Тарифного соглашения, для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);
- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;
- при внесении изменений в приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.