



**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

пл. Ленина, д. 1, г. Орёл, 302021  
телефон 47-53-47, факс 47-55-45  
e-mail: [zdrav@adm.orel.ru](mailto:zdrav@adm.orel.ru)  
<http://orel-region.ru>

Председателю  
Федерального фонда  
обязательного медицинского  
страхования

**Баланину И. В.**

24.01.2025 № 4-2-567  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Уважаемый Илья Валерьевич!

В соответствии с частью 2.1 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» направляю Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Орловской области на 2025 год от 24 января 2025 года для подготовки заключения о его соответствии базовой программе обязательного медицинского страхования.

Приложение: на 269 л. в 1 экз.

Член Правительства  
Орловской области –  
руководитель  
Департамента  
здравоохранения  
Орловской области

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат 755CAE9A93F9A6F2E0A2C5B2B07D98DB  
Владелец Алянов Александр Леонидович  
Действителен с 08.08.2024 по 01.11.2025

**А. Л. Алянов**

Воробьева Марина Владимировна  
+7 (4862) 43-22-70

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ  
МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ  
НА ТЕРРИТОРИИ ОРЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2025 ГОД**

г. Орёл

24 января 2025 года

**I. Общие положения**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Орловской области на 2025 год (далее – Тарифное соглашение) разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ), законом Орловской области от 03.12.2024 № 3138-ОЗ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Орловской области на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», постановлением Правительства Российской Федерации 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», приказами Минздрава России от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС), от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (далее – Номенклатура медицинских услуг), от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», 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» (далее – Порядок контроля), на основании решения комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Орловской области, созданной постановлением Правительства Орловской области от 28.05.2012 № 166 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Орловской области» (далее – Комиссия).

1.2. Предметом Тарифного соглашения является установление способов оплаты медицинской помощи, применяемых в сфере обязательного медицинского страхования на территории Орловской области, размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС), размера 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.

1.3. Тарифы устанавливаются, исходя из объема средств, предусмотренных на реализацию территориальной программы ОМС в 2025 году.

1.4. Тарифы применяются в медицинских организациях (далее также – МО), включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Орловской области, и заключивших договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Орловской области (далее – ТФОМС Орловской области) и страховыми медицинскими организациями, включенными в реестр страховых медицинских



организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Орловской области (далее также – СМО). Тарифы являются едиными для всех СМО, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС.

1.5. ТФОМС Орловской области осуществляет финансовое обеспечение деятельности СМО в соответствии с договорами о финансовом обеспечении ОМС, заключенными по типовой форме, утвержденной приказом Минздрава России от 26.10.2022 № 703н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования».

1.6. Финансирование МО осуществляется СМО и ТФОМС Орловской области в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенными по типовой форме, утвержденной приказом Минздрава России от 30.12.2020 № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

1.7. Оплата за медицинскую помощь, оказанную МО застрахованным лицам, осуществляется по тарифам, действующим на дату завершения лечения больного (выписки, закрытия амбулаторного талона и т.д.).

1.8. Возраст пациента определяется на дату оказания услуги при оказании амбулаторной помощи и на момент начала лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационара и амбулаторной помощи по законченному случаю лечения.

1.9. В случае, если гражданин сменил СМО в течение периода лечения в стационаре, дневном стационаре, при оказании амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения или пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату проводит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

1.10. Оплата за оказанную медицинскую помощь производится в соответствии с перечнем видов, форм и условий оказания медицинской помощи, профилей отделений, врачебных специальностей, определенных в лицензии МО.

1.11. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных МО реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии.

1.12. В связи с равномерным ежемесячным поступлением субвенции Федерального фонда ОМС в размере 1/12 от годового объема, при проведении медико-экономического контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи контроль за соблюдением МО объемов медицинской помощи и размера их финансового обеспечения, установленных Комиссией на год, осуществляется ежемесячно исходя из размера 1/12 от годовых показателей нарастающим итогом.

1.13. Финансовое обеспечение расходов МО при невыполнении, а также при перевыполнении объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии на соответствующий год, не является расходными обязательствами системы ОМС.

1.14. Оплата медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Орловской области, производится ТФОМС Орловской области в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и предъявляемых МО в ТФОМС Орловской области реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи по ОМС при оказании всех видов медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, по способам оплаты и тарифам на оплату медицинской помощи, установленным настоящим Тарифным соглашением,



с учетом отказов в оплате по всем видам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

1.15. В стоимость оказываемой медицинской помощи включены расходы на:

1) параклинические обследования, выполненные в отделениях (кабинетах) лучевой диагностики, лабораториях, отделениях физиотерапии, отделениях функциональной диагностики, за исключением медицинских услуг, на которые установлен отдельный тариф при оказании амбулаторной медицинской помощи;

2) посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием;

3) консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями, врачебные консилиумы;

4) консультации амбулаторных больных врачами стационаров этой же МО, не ведущих амбулаторный прием, в том числе при оказании медицинской помощи в приемных отделениях стационаров без последующей госпитализации;

5) консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре и (или) дневном стационаре одной МО.

1.16. За счет средств ОМС не оплачиваются случаи оказания медицинской помощи:

1) застрахованным лицам, получившим повреждение здоровья вследствие тяжелых несчастных случаев на производстве;

2) застрахованным лицам при заболеваниях, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения;

3) лицам, не идентифицированным в период лечения в качестве застрахованных по ОМС;

4) при проведении предварительных (при устройстве на работу) и периодических медицинских осмотров граждан, занятых на работах с вредными и (или) опасными условиями труда;

5) военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицам;

6) при проведении медицинских освидетельствований в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе;

7) ортодонтическая помощь взрослому населению, протезирование и имплантация зубов.

1.17. Для МО, включенных в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС субъекта Российской Федерации по месту нахождения медицинской организации, и оказывающих медицинскую помощь в рамках участия в реализации территориальной программы ОМС Орловской области, при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории Орловской области, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, установленные настоящим Тарифным соглашением для данной медицинской организации.

1.18. Основные понятия и термины, используемые в рамках настоящего Тарифного соглашения:

случай госпитализации в круглосуточный стационар (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС;



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

оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратно-емкости и поправочных коэффициентов;

базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов;

коэффициент относительной затратно-емкости – устанавливаемый программой госгарантий коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке);

коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (в Орловской области принимает значение «1»);

поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ;

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

коэффициент подуровня МО – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами;

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

подгруппа в составе КСГ – группа заболеваний, выделенная в составе КСГ с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратно-емкости, отличный от коэффициента относительной затратно-емкости по КСГ;

подушевое финансирование медицинской помощи – механизм финансирования МО, имеющей прикрепленное (застрахованное) население, при котором объем выделяемых средств рассчитывается, исходя из количества прикрепившихся



(застрахованных) лиц и размера дифференцированного подушевого норматива финансирования;

оплата медицинской помощи за услугу в амбулаторных условиях – мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику и лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, в соответствии с перечнем услуг, установленных Тарифным соглашением;

условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) – норматив времени (1 УЕТ = 10 мин.), затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи**

В рамках территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и 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), 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) при оплате:

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива



финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний (перечень приведен в таблице 4 приложения 2 к Тарифному соглашению), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-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 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 (перечень приведен в таблице 4 приложения 2 к Тарифному соглашению), 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);

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

по подушевому нормативу финансирования;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения, проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение).

При оплате скорой медицинской помощи оплата вызовов с проведением тромболитической терапии осуществляется за единицу объема.

Расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.

Расходы на проведение услуг, оказываемых централизованными лабораториями, включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в амбулаторных условиях и в стоимость законченного случая лечения заболевания по соответствующей клинко-статистической группе при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

Взаиморасчеты за оказанные лабораторные услуги осуществляются на основании реестра счета, сформированного централизованной лабораторией за отчетный месяц, с обязательным указанием кода медицинской организации, направившей материал на исследование, за счет уменьшения суммы окончательного расчета медицинской организации, выдавшей направление.

Проведение консультирования медицинским психологом осуществляется по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу ОМС (пациенты из числа



ветеранов боевых действий; лица, состоящие на диспансерном наблюдении; женщины в период беременности, родов и послеродовой период) в составе подушевого норматива финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Медицинские организации частной формы собственности, включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, наравне с бюджетными учреждениями здравоохранения предоставляют в централизованную систему «Центральный архив медицинских изображений» государственной информационной системы в сфере здравоохранения субъекта Российской Федерации, вертикально интегрированную медицинскую информационную систему по профилю оказания медицинской помощи «онкология» медицинских изображений и структурированных медицинских документов по результатам оказания медицинской помощи на всех этапах.

Перечень МО в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС в разрезе условий и уровней/подуровней оказания медицинской помощи представлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с методикой, установленной Правилами ОМС, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи с учетом методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются дифференцированно с учетом коэффициента уровня/подуровня МО:

1) к первому уровню МО относятся МО и (или) структурные подразделения МО, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

2) ко второму уровню МО относятся МО и (или) структурные подразделения МО, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

3) к третьему уровню МО относятся МО и (или) структурные подразделения МО, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.3. Структура тарифов в рамках территориальной программы ОМС предусматривает оплату диагностических и (или) консультативных услуг по гражданско-правовым договорам, заключаемым с организациями любой организационно-правовой формы, имеющими право на предоставление консультативных услуг и (или) проведение диагностики при невозможности оказания соответствующих медицинских услуг по месту обращения застрахованного лица.

3.4. При формировании тарифов учитываются нормативные затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений МО, обеспечивающих оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными порядками оказания медицинской помощи (за исключением служб и подразделений МО, деятельность которых не оплачивается за счет средств ОМС).

3.5. Структура тарифа на оплату медицинской помощи согласно части 7 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 инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в МО лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в МО), 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 МО, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу (без ограничения стоимости за счет средств, полученных за оказание высокотехнологичной медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС). Допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

3.6. После завершения участия медицинской организации в реализации программ ОМС на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и договору на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, а также при отсутствии у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, кредиторской задолженности по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда допускается использование медицинской организацией средств ОМС, полученных за оказанную медицинскую помощь, по направлениям расходования и в размере, которые определяются учредителем медицинской организации, с последующим уведомлением органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения. Направления расходования указанных средств устанавливаются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Указанные средства запрещается направлять на осуществление капитальных вложений в строительство, реконструкцию и капитальный ремонт, приобретение недвижимого имущества, транспортных средств, ценных бумаг, долей (вкладов) в уставный (складочный) капитал организаций, паев, уплату процентов и погашение основной суммы долга по кредитам (займам), а также на уплату иных платежей, предусмотренных договорами кредита (займа) (за исключением случаев образования кредитной задолженности в целях приобретения оборудования в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, для оказания медицинской помощи в рамках программ ОМС).

3.7. Состав тарифа в части расходов на заработную плату включает финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:



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

медицинским работникам 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 МО и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне МО;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.8. В структуру тарифа за счет средств ОМС не включается:

1) проезд пациентов до места оказания услуг, в том числе методами гемодиализа и ПЭТ-диагностики;

2) финансовое обеспечение зубного протезирования отдельным категориям граждан;

3) пренатальная (дородовая диагностика) нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний в части исследований и консультаций, осуществляемых медико-генетическими центрами (консультациями), а также медико-генетических исследований в соответствующих структурных подразделениях МО;

4) генетическое обследование беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

5) обеспечение деятельности патологоанатомических бюро (отделений) за исключением проведения прижизненных гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями многопрофильных МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, а также проведения патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях;

6) расходы, связанные с проведением капитального ремонта; расходы на проектно-сметную документацию для строительства, реконструкции и проведения капитального ремонта;

7) расходы, связанные с оплатой услуг за проведение дезинфекционных мероприятий, проводимых вне МО в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к противоэпидемическому режиму;

8) расходы на хранение иммунобиологических препаратов (вакцин);

9) проведение научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, геолого-разведочных, проектных и изыскательных работ;



10) расходы на приобретение цельной донорской крови, компонентов донорской крови; вакцин в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям; иммунобиологических лекарственных препаратов для лечения больных с гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей в соответствии с перечнем, централизованнокупаемых за счет средств федерального бюджета лекарственных препаратов; лекарственных препаратов, используемых для проведения туберкулинодиагностики (туберкулин) в соответствии с законодательством о предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации;

12) приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью свыше четырехсот тысяч рублей за единицу (с учетом особенностей, указанных в п. 3.5 настоящего Тарифного соглашения).

3.9. В приложениях 2 – 12 к настоящему Тарифному соглашению приведена методика формирования и применения тарифов на оплату медицинской помощи, размеры тарифов на оплату медицинской помощи в разрезе условий ее оказания, в том числе:

1) по амбулаторной медицинской помощи:

половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (приложение 7 к Тарифному соглашению);

перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования / вне подушевого норматива финансирования) (п. 1.1.2 приложения 2 к Тарифному соглашению);

средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС (раздел 1 приложения 2 к Тарифному соглашению);

размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (п. 1.1.1 приложения 2 к Тарифному соглашению);

значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования с учетом коэффициентов дифференциации, значения коэффициентов дифференциации (приложение 7 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (приложения 3, 4, 5, 6 к Тарифному соглашению);

перечень показателей результативности деятельности МО, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (приложение 2 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (приложение 3 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

2) по стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в условиях дневного стационара:

средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо (п. 2.1 приложения 2 к Тарифному соглашению);

перечень КСГ заболеваний в соответствии с перечнем заболеваний, состояний, при которых оказывается специализированная медицинская помощь, с указанием



коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (приложение 4 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

размер базовой ставки финансирования (п. 2.2 приложения 2 к Тарифному соглашению);

значения коэффициентов:

значения коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи (п. 2.3 приложения 2 к Тарифному соглашению);

значения коэффициентов специфики (приложение 4 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

значения коэффициентов сложности лечения пациента (приложение 5 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы (п. 2.3 приложения 2 к Тарифному соглашению);

размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи (п. 2.14 приложения 2 к Тарифному соглашению);

доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ (приложение 4 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату услуг диализа (приложение 5 к Тарифному соглашению);

перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) МО (приложение 4 к приложению 2 к Тарифному соглашению);

перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно (п. 2.14 приложения 2 к Тарифному соглашению);

перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (п. 2.15 приложения 2 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи (приложение 9 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату законченных случаев оказания специализированной медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, в том числе при медицинской реабилитации (приложение 8 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату законченных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, в том числе при медицинской реабилитации (приложение 10 к Тарифному соглашению);

3) при оплате скорой медицинской помощи:

перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (вне подушевого норматива финансирования) (п. 3.1 приложения 2 к Тарифному соглашению);

средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи (п. 3.2 приложения 2 к Тарифному соглашению);

размер базового подушевого норматива финансирования (п. 3.3 приложения 2 к Тарифному соглашению);

значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования с учетом коэффициентов дифференциации, значения коэффициентов дифференциации (приложение 12 к Тарифному соглашению);

тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов) (приложение 11 к Тарифному соглашению).

#### **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**

4.1. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (далее также – контроль) осуществляется СМО и ТФОМС Орловской области в соответствии с Правилами ОМС и Порядком контроля.

4.2. Сведения о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи, размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества представлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению.

4.3. Сумма, не подлежащая оплате по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, согласно статье 41 Федерального закона № 326-ФЗ удерживается из объема средств, предусмотренных для оплаты медицинской помощи, оказанной МО, или подлежит возврату в СМО в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС и порядком организации и проведения контроля.

4.4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) (за исключением случаев применения кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением 13 к Тарифному соглашению) рассчитывается по формуле:

$$H = PT \times K_{\text{но}},$$

где:

PT – размер тарифа на оплату медицинской помощи, действующий на дату оказания медицинской помощи;

$K_{\text{но}}$  – коэффициент для определения размера неполной оплаты медицинской помощи по основанию для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП в соответствии с приложением 13 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае применения кода нарушения/дефекта 2.16.1 размер неоплаты или неполной оплаты затрат МО на оказание медицинской помощи (Н) рассчитывается по формуле:

$$H = (PT1 - PT2) + PT2 \times K_{\text{но}}$$

где:

PT1- размер тарифа на оплату медицинской помощи, поданный на оплату медицинской организацией и действующий на дату оказания медицинской помощи;

PT2- размер тарифа на оплату медицинской помощи, который следует применить за фактически предоставленную застрахованному лицу медицинскую помощь (в соответствии с данными медицинской и иной документации застрахованного лица, представленной на экспертизу)

4.5. Размер штрафа, применяемого к МО за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества ( $C_{\text{шт}}$ ), рассчитывается по формуле:

$$C_{\text{шт}} = PP \times K_{\text{шт}},$$



где:

РП – установленный настоящим тарифным соглашением на дату проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и применяемый в зависимости от способа оплаты медицинской помощи, в отношении оказания которой проводится контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, установленный на год, или подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный на год, или подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям ее оказания за счет средств ОМС, установленный на год, или подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного и круглосуточного стационаров, установленный территориальной программой на год (за исключением кода нарушения/дефекта 2.16.1, предусмотренного приложением 13 настоящего Тарифного соглашения, для которого РП – размер предъявленной к оплате стоимости оказанной медицинской помощи);

$K_{шт}$  – коэффициент для определения размера штрафа по основанию для начисления штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, действующий на дату проведения МЭК, МЭЭ, ЭКМП в соответствии с приложением 13 к настоящему Тарифному соглашению.

4.6. При определении размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества в разрезе условий оказания медицинской помощи применяются следующие значения:

1) в амбулаторных условиях – установленный территориальной программой ОМС подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам в амбулаторных условиях:

комплексное посещение при проведении профилактических мероприятий (диспансеризация и профилактические медицинские осмотры) – 2317,4 рублей;

комплексное посещение при диспансерном наблюдении – 696,5 рублей;

посещение с иными целями – 861,9 рублей;

посещение по неотложной медицинской помощи – 531,1 рублей;

обращение по заболеванию – 2528,7 рублей;

отдельные диагностические услуги – 608,9 рублей;

медицинская реабилитация – 82,4 рублей;

2) при оплате скорой медицинской помощи вне медицинской организации – установленный территориальной программой ОМС подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для скорой медицинской помощи, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 1244,9 рублей;

3) в стационарных условиях, в том числе при оказании высокотехнологичной медицинской помощи – установленный территориальной программой ОМС подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 9106,9 рублей;

4) в условиях дневного стационара – установленный территориальной программой ОМС подушевой норматив финансирования за счет средств ОМС для специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара, предоставляемой в рамках базовой программы ОМС застрахованным лицам – 2057,9 рублей.



## V. Заключительные положения

5.1. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания, распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2025 года, и действует по 31 декабря 2025 года.

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

5.3. Настоящее Тарифное соглашение составлено в одном имеющем юридическую силу подлинном экземпляре, подлежащем хранению в ТФОМС Орловской области, и является обязательным для исполнения всеми участниками сферы ОМС Орловской области.

### Подписи Сторон:

Член Правительства Орловской области –  
руководитель Департамента здравоохранения  
Орловской области, председатель Комиссии

Начальник отдела методологии тарифов ТФОМС  
Орловской области, секретарь Комиссии

Исполняющий обязанности директора ТФОМС  
Орловской области

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры  
анатомии, оперативной хирургии и медицины  
катастроф ФГБОУ ВО «Орловский  
государственный университет имени  
И. С. Тургенева», член Российского общества  
рентгенологов и радиологов

Заместитель начальника управления – начальник  
отдела планирования, анализа и мониторинга  
финансово-экономического управления  
Департамента здравоохранения Орловской  
области

Врач онколог БУЗ Орловской области  
«Орловский онкологический диспансер», член  
ассоциации онкологов России, член Российского  
общества специалистов по профилактике  
и лечению опухолей репродуктивной системы

Первый заместитель директора ТФОМС  
Орловской области

Руководитель направления Группы учета  
и расчетов с участниками системы обязательного  
медицинского страхования Орловского филиала  
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

 А. А. Альянов

 И. А. Страхова

 К. Е. Бобраков

 А. Б. Бочкарев

 М. В. Воробьева

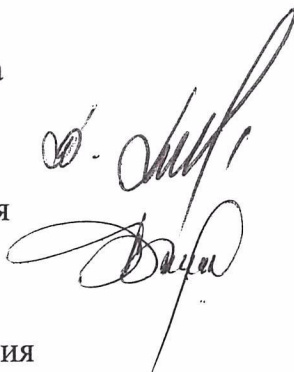
 К. А. Деркос

 Е. Ю. Илюхина

 Т. М. Котова



Главный врач бюджетного учреждения  
здравоохранения Орловской области «Городская  
больница им. С. П. Боткина», член комиссии  
по правозащитной работе и охране труда  
Орловской областной организации профсоюза  
работников здравоохранения Российской  
Федерации



А. А. Лялюхин

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



Ю. В. Никитченко

Заместитель главного врача по медицинской  
части бюджетного учреждения здравоохранения  
Орловской области «Орловский областной  
врачебно-физкультурный диспансер»,  
член президиума областного комитета  
профсоюза, председатель профкома



В. П. Пиварчук

Заместитель руководителя Департамента-  
начальник управления здравоохранения  
Департамента здравоохранения Орловской  
области



В. О. Николаев

Председатель Орловской областной организации  
профсоюза работников здравоохранения  
Российской Федерации



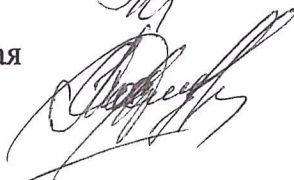
Л. И. Сасина

Директор медицинского института  
ФГБОУ ВО «Орловский государственный  
университет имени И. С. Тургенева»,  
член Российского научного общества  
иммунологов



И. А. Снимщикова

Директор Орловского филиала ООО «Страховая  
медицинская компания «РЕСО-Мед»



Л. С. Суркова