**Дополнительное соглашение № 3**

**о внесении изменений в Тарифное соглашение**

**на медицинскую помощь в системе**

**обязательного медицинского страхования   
Забайкальского края на 2025 год**

г. Чита 21 марта 2025 года

Мы, нижеподписавшиеся:

Ванчикова Аягма Гармаевна – заместитель Губернатора Забайкальского края, председатель Комиссии;

Чабан Сергей Николаевич - директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Забайкальского края;

Назарова Ольга Анатольевна - председатель Забайкальской краевой организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации;

Сергей Анатольевич Лукьянов - президент Ассоциации Медиков «Забайкальская медицинская палата»;

Бутько Василий Николаевич – генеральный директор ООО «СМК «Забайкалмедстрах»,

решили внести следующие изменения в Тарифное соглашение на медицинскую помощь в системе обязательного медицинского страхования Забайкальского края на 2025 год (далее - Тарифное соглашение):

1. В пункте 3.6. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» заменить абзац:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо составляет 11 536,70 рублей.»,

абзацем следующего содержания:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо составляет 11 517,39 рублей.».

2. В пункте 3.7. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» заменить абзац:

«Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 2132,76 рублей.»,

абзацем следующего содержания:

«Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет 2 118,91 рублей, в том числе на период с марта по декабрь 2025 года – 1 761,00 рублей.».

3. Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить подразделом следующего содержания:

**«СПОСОБ ОПЛАТЫ ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ К МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ, ИМЕЮЩЕЙ В СВОЕМ СОСТАВЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ, СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ И В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, А ТАКЖЕ МЕДИЦИНСКУЮ РЕАБИЛИТАЦИЮ, ВКЛЮЧАЯ ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ВСЕМ ВИДАМ И УСЛОВИЯМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБЪЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

2.35. Медицинские организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования   
на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи - Приложение № 1 к Тарифному соглашению.

2.36. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется финансовое обеспечение оказанной в амбулаторных условиях обслуживающими МО в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной (в плановой и неотложной формах), медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (в плановой и экстренной формах), медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, а также медицинской реабилитации.

2.37. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи предусматривает объем финансирования медицинской организации на собственную деятельность и включает фонды для оплаты внешних медицинских услуг, оказанных в амбулаторных условиях.

Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных, стационарных условиях, условиях дневного стационара, а также медицинской реабилитации обслуживающей МО прикрепленным к ней лицам, производится СМО за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате СМО, с учетом взаиморасчетов за оказанные в амбулаторных условиях медицинские услуги и результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС.

СМО осуществляет финансирование обслуживающих МО по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в соответствии с утвержденными дифференцированными подушевыми нормативами (Приложение № 27) и численностью застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации.

2.38. Определение ТФОМС численности прикрепленных к медицинским организациям граждан, а также обработка в СМО реестров счетов медицинских организаций осуществляется на основании ведущегося в ТФОМС регистра прикрепленного населения по состоянию на последний день (включительно) отчетного месяца.

2.39. Оплата внешних консультативных, диагностических, лечебных амбулаторных услуг, оказанных МО-исполнителем прикрепленному к обслуживающей МО гражданину по направлению врача-специалиста обслуживающей МО или при необходимости по направлению врача-специалиста МО-исполнителя при наличии у последнего первичного направления врача обслуживающей МО в отношении того же прикрепленного гражданина производится СМО за фактическое количество оказанных внешних услуг за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи обслуживающей МО.

2.40. Из подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи исключаются расходы на финансовое обеспечение амбулаторной медицинской помощи:

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

- на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом;

- на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (в том числе второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации);

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

- на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов;

- на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях беременным женщинам по поводу состояния, связанного с беременностью;

- на оплату медицинской помощи, оказываемой Центрами здоровья медицинских организаций;

- на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях следующими медицинскими организациями (структурными подразделениями): ГБУЗ «Забайкальский краевой перинатальный центр», ГУЗ «Городской родильный дом», травматологический пункт ГУЗ «Городская клиническая больница № 1», ГУЗ «Краевая клиническая инфекционная больница», ГУЗ «Краевой врачебно-физкультурный диспансер».

- на оплату диспансеризации и диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

- на оплату телемедицинских услуг, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения.».

4. Раздел III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» дополнить подразделом следующего содержания:

**«Тарифы на оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи**

3.27. Средний размер финансового обеспечения по всем видам и условиям предоставляемой медицинскими организациями медицинской помощи, участвующими в реализации Территориальной программы, с учетом средств по профилю «Медицинская реабилитация» в расчете на одно застрахованное лицо составляет 31 733,52 рублей.

Средний размер финансового обеспечения по всем видам и условиям предоставляемой медицинскими организациями медицинской помощи не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Забайкальского края.

Расчет среднего размера финансового обеспечения произведен в соответствии с пунктом 2.1. раздела II Методических рекомендаций.

3.28. Размер базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинскими организациями медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год (март-декабрь) составляет 6 801,38 рублей.

Расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинскими организациями медицинской помощи произведен в соответствии Методическими рекомендациями.

3.29. Дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинскими организациями медицинской помощи складывается из рассчитанного дифференцированного подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, включающего медицинскую помощь в неотложной форме, а также объем средств   
на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, включая реабилитацию.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования на прикрепившихся к МО лиц по всем видам и условиям предоставляемой медицинской помощи () для i-той МО, имеющей прикрепленное население, рассчитывается по формуле:

- дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той МО, рассчитанный в соответствии с пунктом 2.6 раздела II Методических рекомендаций, пунктом 3.8. Тарифного соглашения с учетом средств на неотложную помощь;

- дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в стационарных условиях для i-ой МО;

, где

- объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в стационарных условиях для i-той МО;

- численность прикрепленного застрахованного населения i-той МО;

- дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара для i-ой МО;

, где

- объем средств на финансовое обеспечение медицинской помощи в условиях дневного стационара для i-той МО;

- численность прикрепленного застрахованного населения i-той МО;

Размер финансового обеспечения МО, с учетом показателей результативности деятельности МО, включая показатели объема медицинской помощи, определяется по формуле:

, где:

- финансовое обеспечение МО, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования по всем видам   
и условиям предоставляемой медицинской помощи, рублей;

– численность прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц;

- объем средств, направляемых МО в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей.

Распределение средств, направляемых в i-тую МО за достижение ими значений показателей результативности деятельности осуществляется в соответствии с пунктом 3.8. Тарифного соглашения.».

5. В пункте 4.3. раздела IV. «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»

заменить абзац:

«При наличии по результатам проведенного медико-экономического контроля отклоненных от оплаты позиций реестров счетов амбулаторной и скорой медицинской помощи, оплаченной по подушевому нормативу финансирования, их стоимость принимается равной нулю.»,

абзацем следующего содержания:

«При наличии по результатам проведенного медико-экономического контроля отклоненных от оплаты позиций реестров счетов медицинской помощи в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также скорой медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, их стоимость принимается равной нулю.».

6. В пункте 3.14. раздела III. «Тарифы на оплату медицинской помощи» Тарифного соглашения заменить цифры «13 316,9», «2 962,4» цифрами «13 256,8», «2 954,5» соответственно.

7. Изложить в новой редакции:

- Приложение № 1 «Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Забайкальского края в 2025 году» к Тарифному соглашению (Приложение № 1);

- Приложение № 10 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и размер дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, на прикрепившихся лиц» к Тарифному соглашению (Приложение № 2).

8. Дополнить Тарифное соглашение Приложением № 27 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива и размер дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания на прикрепившихся лиц» (Приложение № 3).

9. Настоящее соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 1 марта 2025 года.

**ПОДПИСИ СТОРОН:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | А.Г. Ванчикова |
|  | С.Н. Чабан |
|  | О.А. Назарова |
|  | С.А. Лукьянов |
|  | В.Н. Бутько |