

Фармакоэкономика

Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология



FARMAKOEKONOMIKA

Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology

2025 Vol. 18 No. 4

№4
2025

Том 18

Данная интерпретация статьи была скачана с сайта <https://www.pharmacoeconomics.ru>. Не предназначено для использования в коммерческих целях.
Информацию о репринтах можно получить в редакции. Тел.: +7 (495) 649-54-95; эл. почта: info@irbis-1.ru.

<https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2025.336>

ISSN 2070-4909 (print)

ISSN 2070-4933 (online)

От разнообразия к единобразию: унификация тарифных соглашений как инструмент повышения эффективности системы обязательного медицинского страхования

Д.В. Федяев^{1,2,3}, О.А. Волкова², С.А. Ковалева^{1,2},
Е.С. Самсонова^{1,2}, В.В. Омельяновский^{2,3}

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский финансовый институт» Министерства финансов Российской Федерации (Настасинский пер., д. 3, стр. 2, Москва 125375, Российская Федерация)

² Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Покровский б-р, д. 6/20, стр. 2, Москва 109028, Российская Федерация)

³ Федеральное государственное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ул. Баррикадная, д. 2, стр. 1, Москва 123995, Российская Федерация)

Для контактов: Денис Валерьевич Федяев, e-mail: fediaev@rosmedex.ru

РЕЗЮМЕ

Актуальность. В системе обязательного медицинского страхования (ОМС) Российской Федерации отсутствует стандартизованный формат тарифных соглашений. Анализ выявил вариативность структуры документов и связанные с этим проблемы: ошибки, низкая прозрачность тарифной политики и сложности финансового контроля.

Цель: разработка унифицированной формы тарифного соглашения в системе ОМС.

Материал и методы. Методология исследования базировалась на основе комплексного анализа нормативно-правовой базы и региональных тарифных соглашений с последующей апробацией разработанной формы в pilotных регионах.

Результаты. Создана унифицированная форма тарифного соглашения, которая минимизирует административную нагрузку на участников системы ОМС, обеспечивает прозрачность тарифообразования, возможность сравнительного анализа региональных показателей и оптимизацию процессов согласования документов Федеральным фондом ОМС.

Заключение. Внедрение стандартизированной формы тарифных соглашений и цифровизация процессов их обработки позволит существенно повысить эффективность управления тарифной политикой в системе ОМС.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

обязательное медицинское страхование, тарифное соглашение, унификация, стандартизация, тарифная политика, территориальная программа государственных гарантий

Для цитирования

Федяев Д.В., Волкова О.А., Ковалева С.А., Самсонова Е.С., Омельяновский В.В. От разнообразия к единобразию: унификация тарифных соглашений как инструмент повышения эффективности системы обязательного медицинского страхования. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2025; 18 (4): 513–520. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2025.336>.

From variability to uniformity: standardizing tariff agreements as a tool for improving the efficiency of the compulsory health insurance system

D.V. Fedyayev^{1,2,3}, O.A. Volkova², S.A. Kovaleva^{1,2}, E.S. Samsonova^{1,2}, V.V. Omelyanovskiy^{2,3}

¹ Financial Research Institute (3/2 Nastasinskiy Passage, Moscow 127006, Russian Federation)

² Center for Healthcare Quality Assessment and Control (6/20 bldg 2 Pokrovsky Blvd, Moscow 109028, Russian Federation)

³ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education (2 bldg 1 Barrikadnaya Str., Moscow 123995, Russian Federation)

Corresponding author: Denis V. Fedyayev, e-mail: fediaev@rosmedex.ru

ABSTRACT

Background. At present, the compulsory health insurance (CHI) system in the Russian Federation is lacking a standardized format for tariff agreements. This leads to significant variability in the structure of documents and, consequently, to errors, low transparency of tariff policy, and financial control difficulties.

Objective: To develop a unified form of tariff agreement in the Russian CHI system.

Material and methods. The research methodology was based on an integrated analysis of the regulatory framework and regional tariff agreements, followed by testing of the developed form in pilot Russian regions.

Results. A unified form of tariff agreement has been developed. This standardized form minimizes the administrative burden on participants in the CHI system, ensures transparency in tariff formation, enables comparative analysis of regional indicators, and optimizes the process of document approval by the Federal CHI Fund.

Conclusion. The introduction of the standardized form for tariff agreements and the digitization of their processing will significantly improve the efficiency of tariff policy management in the CHI system of Russia.

KEYWORDS

compulsory health insurance, tariff agreement, unification, standardization, tariff policy, territorial program of state guarantees

For citation

Fedyaev D.V., Volkova O.A., Kovaleva S.A., Samsonova E.S., Omelyanovskiy V.V. From variability to uniformity: standardizing tariff agreements as a tool for improving the efficiency of the compulsory health insurance system. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2025; 18 (4): 513–520 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2025.336>.

Основные моменты**Что уже известно об этой теме?**

- ▶ Тарифное соглашение (ТС) служит основным нормативным документом, регламентирующим порядок финансирования медицинских услуг в конкретном субъекте Российской Федерации, устанавливая механизмы оплаты медицинской помощи, тарифы, меры финансовой ответственности за неисполнение обязательств по ее оказанию в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (ОМС), а также объемы услуг и уровни их финансового обеспечения
- ▶ Несмотря на установленные Минздравом России требования к структуре и содержанию ТС, их форма, формат представления и уровень детализации информации нормативно не закреплены
- ▶ Сравнительный анализ ТС за 2022 г. выявил существенные различия в их структуре и степени детализации данных, создающие сложности для анализа информации, снижающие прозрачность региональной тарифной политики в системе ОМС и затрудняющие оценку эффективности использования бюджетных средств в здравоохранении

Что нового дает статья?

- ▶ Создан унифицированный табличный формат для региональных ТС, который позволит достичь стандартизации документации, снизить количество ошибок при заполнении и проверке, устранив неоднозначность трактовки положений и существенно облегчить автоматизированную обработку данных

Как это может повлиять на клиническую практику в обозримом будущем?

- ▶ Применение стандартизованных табличных форматов играет ключевую роль в обеспечении сопоставимости данных между регионами, реализации цифровой трансформации и организации оперативного аналитического мониторинга, что соответствует современным трендам модернизации системы здравоохранения и требованиям к повышению эффективности управления отраслью
- ▶ Внедрение унифицированных цифровых форматов ТС создает принципиально новую методологическую основу управления национальной системой здравоохранения, обеспечивая комплексный эффект, включающий достижение полной прозрачности тарифной политики, внедрение системы оперативного мониторинга исполнения соглашений и реализацию автоматизированного контроля соответствия объемов и качества медицинской помощи установленным нормативам

Highlights**What is already known about the subject?**

- ▶ The tariff agreement (TA) serves as the main regulatory document governing the order of funding of medical services in a specific constituent entity of the Russian Federation. It establishes mechanisms for medical care coverage, tariffs, measures of financial responsibility for failure to fulfill obligations to provide such care within the territorial compulsory health insurance (CHI) program, as well as the scope of services and levels of their financial support
- ▶ Despite the requirements established by the Russian Ministry of Healthcare for the structure and content of TA, their form, presentation format, and level of detail are not regulated
- ▶ A comparative analysis of TAs in 2022 revealed significant variations in their structure and level of detail, which complicates the analysis of information, reduces the transparency of regional tariff policy in the CHI system, and makes it difficult to assess the effectiveness of budget spending in healthcare

What are the new findings?

- ▶ A unified table format was created for regional TA, which will enable standardization of documentation, reduce the number of errors when filling out and checking forms, eliminate ambiguity in the interpretation of provisions, and significantly facilitate automated data processing

How might it impact the clinical practice in the foreseeable future?

- ▶ The use of standardized table formats plays a key role in ensuring data comparability between regions, implementing digital transformation, and organizing operational analytical monitoring. This approach is consistent with the current trends in healthcare system modernization and requirements for improving industry management efficiency
- ▶ The introduction of unified digital formats for TA creates a fundamentally new methodological basis for managing the Russian healthcare system, enabling an integrated effect. This includes complete transparency in pricing policy, operational monitoring of TA implementation, and automated control of the volume and quality of medical care in accordance with established standards

ВВЕДЕНИЕ / INTRODUCTION

В настоящее время на территории Российской Федерации (РФ) установлены единые способы оплаты медицинской помощи (МП) и принципы формирования тарифов за оказанную МП.

Формирование тарифов осуществляется путем заключения тарифных соглашений (ТС), участниками которых выступают органы исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченные высшим исполнительным органом государственной власти субъекта, территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ОМС), страховые медицинские организации (МО), профессиональные ассоциации врачей и профсоюзы медицинских работников, включенные в состав комиссии, создаваемой в субъекте РФ в соответствии с ч. 9 ст. 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 326¹).

ТС является основным нормативным документом, определяющим порядок финансирования медицинских услуг в пределах конкретного субъекта РФ. В нем изложены положения относительно механизмов оплаты МП, применяемых на данной территории, установлены тарифы на медицинские услуги, предусмотрены меры финансовой ответственности за неисполнение обязательств по оказанию МП в рамках территориальной программы ОМС, включая санкции за ненадлежащее выполнение, задержку либо отказ от предоставления МП. Помимо этого в ТС приводятся объемы медицинских услуг и уровни их финансового обеспечения согласно законодательству соответствующего субъекта РФ. Вся указанная информация является общедоступной и размещена в свободном доступе в сети Интернет.

Требования к структуре и содержанию ТС определяются Минздравом России. Несмотря на установленные приказом Минздрава России требования к структуре и содержательной составляющей данного документа², форма, формат предоставления сведений, объем информации и уровень ее детализации нормативным актом не определены [1]. В силу данного обстоятельства ТС субъектов РФ формируются в произвольной форме.

Проведенный компартиативный анализ ТС субъектов РФ выявил значительную вариабельность содержательной структуры указанных документов и существенное варьирование уровня детализации представленной в них информации [1]. Это обстоятельство существенно осложняет процессы стандартизации, консолидации и последующего анализа данных, снижая степень прозрачности региональной тарифной политики в сфере ОМС и затрудняя объективную оценку результативности расходования бюджетных средств в сфере здравоохранения.

Решение обозначенной проблематики представляется возможным посредством разработки унифицированного образца ТС, характеризующегося строгой структурированностью и детальным закреплением содержания основного документа и его приложений. Внедрение подобного стандартизированного формуляра обеспечит оптимизацию деятельности организационно-функциональной структуры МП и совершенствование механизмов финансирования отрасли путем установления единых правил взаимодействия участников сферы здравоохранения и повышения транспарентности соответствующих процессов. Параллельно стандартизация формата ТС позволит

оптимизировать процесс его разработки и согласования, обеспечивая сокращение длительности административного цикла документооборота и повышение степени доверия среди всех вовлеченных акторов.

Цель – разработка унифицированной формы ТС в системе ОМС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ / MATERIAL AND METHODS

Объект исследования и источники данных / Object of study and data sources

Объектом исследования выступали действующие ТС субъектов РФ в области ОМС.

Информационная база исследования представлена нормативной базой информационно-справочных правовых систем («КонсультантПлюс», «Гарант»), а также официальными источниками территориальных фондов ОМС в информационной телекоммуникационной сети Интернет.

Анализ данных / Data analysis

Для реализации поставленной цели выполнен аналитический обзор ТС, заключенных субъектами РФ в 2022 г., сведения по которым были доступны в полном объеме на момент проведения исследования. В процессе анализа использованы нормативные правовые акты, действовавшие на момент заключения указанных документов, что позволило обеспечить актуальность представленных результатов. Отдельные итоги указанного анализа были опубликованы ранее [1].

Одновременно проведен комплексный анализ нормативных правовых актов федерального и регионального уровней, регулирующих формирование ТС субъектов РФ в сфере ОМС, и изучена экспертная позиция компетентных специалистов относительно данной проблематики, представленная в ходе апробации разработанной типовой формы документа в регионах-пилотах.

Исследование осуществляли с использованием комплекса современных общенаучных методов: ретроспективного, структурно-функционального, экспертного и др. Обработку полученных результатов выполняли с помощью программы Microsoft Office Excel (Microsoft, США).

РЕЗУЛЬТАТЫ / RESULTS

Основные правовые акты / Main legal acts

В процессе исследования правовых норм, регламентирующих разработку, подписание и корректировку региональных ТС в области ОМС, проведен подробный анализ соответствующих нормативных актов, определяющих порядок данного процесса.

Базовым документом, закрепляющим основополагающие принципы функционирования системы ОМС, является ФЗ № 326. Он определяет фундаментальные положения государственной политики в области ОМС, структурирует взаимодействие субъектов системы и устанавливает формализованные правила расчета стоимости медицинских услуг. Кроме того, ФЗ № 326 закрепляет полномочия и ответственность органов государственной власти субъектов РФ в части утверждения и реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания

¹ <https://base.garant.ru/12180688>.

² Приказ Минздрава России от 10 февраля 2023 г. № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/406738207>).

гражданам медицинской помощи (ТПГГ), соответствующих единым требованиям базовой программы ОМС, детализирует структуру тарифов на оплату МП, регулирует порядок и сроки заключения ТС между субъектами системы ОМС, тем самым создавая нормативные рамки для координации взаимодействия между различными уровнями государственной власти и медицинскими учреждениями, обеспечивающие прозрачность и предсказуемость в вопросах финансирования и организации МП на территории субъектов РФ.

Дополнительно финансово-экономические аспекты функционирования системы оказания МП регулируются рядом значимых нормативных правовых документов Минздрава России. Среди них ключевое значение имеют:

- Правила ОМС³;
- типовой договор на оказание и оплату МП по ОМС (далее – Типовой договор)⁴;
- Требования к структуре и содержанию ТС.

Важным дополнением являются методические рекомендации по способам оплаты МП за счет средств ОМС (далее – Методические рекомендации)⁵, разъясняющие порядок оплаты МП, оказанной в рамках ТПГГ.

Согласно установленному плановому заданию по ТПГГ, ежегодно утверждаемой в пределах субъекта РФ на очередной финансовый год и на плановый период, формируется ключевой нормативный акт – ТС, регламентирующее количественное соответствие объема предоставляемых населению медицинских услуг объему финансового обеспечения исполнения соответствующих обязательств в конкретном субъекте РФ. Исходя из положений, установленных Требованиями к структуре и содержанию ТС, регламентирующими формальную организацию и содержательное наполнение документа, ТС каждого субъекта РФ предусматривает наличие следующих обязательных структурных компонентов:

- общие положения;
- способы оплаты МП, применяемые на территории конкретного субъекта РФ;
- размер и структура тарифов на медицинские услуги;
- размеры санкций (неоплата или частичная оплата расходов МО), связанных с неисполнением обязательств по оказанию своевременной качественной МП, а также штрафы, накладываемые на МО за нарушение условий оказания МП;
- заключительные положения.

Дополнительно, по усмотрению органов власти соответствующего субъекта РФ, в ТС может включаться специальный раздел, содержащий сведения о распределении объемов МП между МО региона и соответствующего финансового обеспечения.

Первый раздел описывает предмет ТС, нормативные правовые акты, регламентирующие процесс его заключения и сведения о сторонах, участвующих в соглашении. Также данный раздел может содержать дополнительную информацию, такую как определения терминов и понятий, используемых в документе.

Второй раздел посвящен способам оплаты МП, регламентированным в рамках ТПГГ (согласно ФЗ № 326). В данном разделе представлены допустимые формы расчетов, соответствующие установленным требованиям и действующему законодательству.

Согласно положениям Требований к структуре и содержанию ТС применяемые способы оплаты подлежат детальному отражению в приложениях к ТС в разрезе условий предоставления МП, видов (при необходимости), формы оказания и структурных подразделений МО с указанием их количества.

Раздел «Тарифы на оплату МП», установленный вышеуказанным нормативным актом, помимо утвержденных размеров тарифов должен содержать детальный порядок расчета тарифных ставок и полную структуру затрат, включающую расходы, указанные в Методике расчета тарифов на оплату МП, утвержденной Правилами ОМС. Размер и структура тарифа в ТС устанавливаются дифференцированно в зависимости от вида, формы и условий предоставления МП, а также уровня МО, определяемого субъектом РФ с учетом особенностей организации оказания медицинских услуг и степени охвата населения услугами здравоохранения.

В контексте регулирования тарифов на оплату амбулаторной МП ТС требует установить ряд ключевых параметров:

- размеры средних и базовых подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся граждан, включая профили «Акушерство и гинекология» и «Стоматология», если они предусмотрены;
- величину базового норматива финансовых затрат на бюджетное обеспечение структурных подразделений;
- значения коэффициентов специфики, уровня и дифференциации (КД), применяемых для территорий оказания медицинских услуг;
- размеры базовых нормативов финансовых затрат на МП, оплачиваемую за единицу объема ее предоставления.

Кроме того, в рамках ТС устанавливается перечень показателей результативности деятельности МО, имеющих прикрепившихся лиц, приведенных в приложении к Требованиям к структуре и содержанию ТС.

Согласно положениям указанного выше нормативного акта в случае оказания скорой МП вне стен МО необходимо предусмотреть размеры средних и базовых подушевых нормативов, а также базовые нормативы финансовых затрат на вызов МП. При этом важно определить значения КД для территории, где оказывается МП, и коэффициенты уровня (КУ) МО.

В отношении оплаты МП, предоставляемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, ТС устанавливает средний норматив финансовых затрат на единицу объема МП и соответствующее значение среднего поправочного коэффициента оплаты по клинико-статистическим группам заболеваний (КСГ), детальный расчет которых представлен в Методических рекомендациях.

Также ТС устанавливает перечни групп заболеваний и состояний (включая КСГ), систематизированных в зависимости от условий оказания МП с указанием значений коэффициентов относительной затратоемкости, доли заработной платы и прочих расходов в совокупной структуре затрат по каждой составляющей перечня, и значения применяемых коэффициентов: КД по территориям оказания МП, коэффициентов специфики и сложности лечения пациента (КСЛП), КУ/подуровня МО. Значения указанных коэффициентов устанавливаются для МО

³ Приказ Минздрава России от 28 февраля 2019 г. № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740).

⁴ Приказ Минздрава России от 30 декабря 2020 г. № 1417н «Об утверждении формы типового договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/400087054>).

⁵ Письмо Минздрава России от 26 января 2023 г. № 31-2/И2-1075 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_438514/bc33692fc0d445c719655ec7a5d4bbe3c3c6863).

(структурных подразделений) в пределах установленных Требованиями к структуре и содержанию ТС диапазонов. Случаи, в которых рекомендуется устанавливать КСЛП и соответствующие им значения, определяются вышеуказанным документом и Методическими рекомендациями.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) осуществляется на основании установленных в ТС норм финансовых затрат на единицу объема МП в соответствии с перечнем видов ВМП, определенным на федеральном уровне в рамках ПГГ⁶.

С 2023 г. в рамках формирования тарифов на оплату специализированной МП, включая ВМП детям с онкологическими заболеваниями, в ТС должны устанавливаться отдельные тарифы на оплату МП с применением лекарственных препаратов, ранее централизованно закупавшихся по отдельным решениям Правительства РФ.

Обязательным условием содержания ТС является указание оснований для отказа медицинскому учреждению в полной или частичной оплате затрат на оказание МП. При этом должны быть четко обозначены размеры штрафных санкций за неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по оказанию качественной и своевременной МП. Также согласно Требованиям к структуре и содержанию ТС устанавливается срок действия ТС и период вступления в силу внесенных в него изменений.

Унифицированная форма ТС / Unified form of tariff agreement

Таким образом, процесс формирования ТС в контексте системы ОМС регулируется совокупностью федеральных нормативных правовых актов, включая ФЗ № 326, Правила ОМС, Типовой договор, а также Требования к структуре и содержанию ТС и Методические рекомендации. Эти документы устанавливают общие рамки и правила взаимодействия среди участников системы, обеспечивают единство в расчетах при заключении соглашений и формулируют унифицированные подходы к формированию тарифов. Кроме того, важную роль в данной системе играют региональные нормативные акты, такие как ТПГГ и иные документы, разработанные и утвержденные субъектами РФ с учетом региональных условий и особенностей функционирования системы здравоохранения. Подобная мера, с одной стороны, позволяет адаптироваться к специфике регионов, обеспечивая необходимую гибкость регулирования, а с другой – способствует неоднородности информационного содержания ТС.

Так, например, отдельные регионы формируют четко проработанные и прозрачные ТС, обеспечивающие всем участникам договорных отношений ясное понимание ключевых положений. В иных субъектах РФ участники системы могут сталкиваться с проблемами вследствие недостатка сведений либо неопределенности условий. Это было выявлено в ходе исследования региональных ТС, показавшего, что различия в содержательной структуре тарифной документации серьезно осложняют формирование объективной оценки текущей ситуации и негативно влияют на достоверность аналитической отчетности, необходимой для принятия обоснованных управленческих решений в сфере охраны здоровья населения [1].

В результате комплексного анализа выявленных недостатков и тщательного изучения действующего нормативного

регулирования разработана унифицированная форма ТС, обеспечивающая строгое соблюдение требований актуальных нормативных актов и существенно оптимизирующую процесс подготовки соответствующей документации. Структура унифицированной формы включает десять разделов, систематизированных в таблицы формата Excel, что способствует минимизации вероятности ошибок и улучшению управления процессами в рамках системы ОМС (рис. 1).

В рамках разработанной структуры раздел «Общая информация» содержит в формате Excel историю изменений ТС в каждом предусмотренном разделе на протяжении всего периода действия документа. Реализация данного подхода обеспечит повышение прозрачности процедур регулирования и упростит доступ заинтересованных лиц к достоверной и актуальной информации.

Раздел «Перечень МО, коэффициенты уровня, способы оплаты» включает детализированную информацию обо всех МО, принимающих участие в реализации ТПГГ, представленную в строгом соответствии с установленными правилами формирования Федерального реестра МО⁷. Для каждого структурного подразделения МО, включенных в перечень, указываются: профиль деятельности (терапевтический, хирургический и т.д.), условия предоставления МП, уровень или подуровень МО или структурного подразделения со значением КУ, значение территориального КД и информация о способах оплаты

Приложение к тарифному соглашению

Разделы

Общая информация	1. Дата утверждения ТС и его изменений
	2. Перечень МО, КУС, способы оплаты
– способы оплаты МП;	3. Круглосуточный стационар
– размер и структура тарифов;	4. Дневной стационар
– распределение объемов предоставления и финансового обеспечения МП между МО	5. ВМП
	6. АПП
	7. СМП
	8. Диализ
– размер неоплаты или неполной оплаты	9. Санкции
– сверхбазовые объемы МП	10. Сверхбазовые объемы медицинской помощи

Рисунок 1. Структура унифицированной формы тарифного соглашения.

МП – медицинская помощь; МО – медицинская организация; ТС – тарифное соглашение; КУС – коэффициент уровня стационара; ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь; АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь; СМП – скорая медицинская помощь

Figure 1. Structure of the unified form of the tariff agreement

⁶ Постановление Правительства РФ от 29 декабря 2022 г. № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (<https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405965459>).

⁷ Постановление Правительства РФ от 9 февраля 2022г. № 140 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» (https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_409253).

МП (по подушевому нормативу, единице объема МП, законченному случаю лечения и пр.). В случае с организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, указывается наличие мобильной бригады. Систематизация данного раздела подобным образом сможет обеспечить однозначность идентификации и упростить учет и аналитику представленных данных.

Третий раздел «Круглосуточный стационар», представленный восемью таблицами, содержит обширные детализированные сведения обо всех аспектах, влияющих на формирование стоимости тарифов на оплату МП в условиях круглосуточных и дневных стационаров, таких как:

- ключевые параметры тарифообразования для всех видов МП, включая лимиты финансовых затрат на медицинское обслуживание и среднее значение поправочного коэффициента оплаты по всем КСГ с учетом региональных особенностей субъекта РФ;
- перечень КСГ, охватывающих специализированную МП в условиях круглосуточных и дневных стационаров, включая случаи госпитализации, предполагающие оперативное вмешательство или тромболитическую терапию, оплачиваемые без учета КУ, а также краткосрочные случаи госпитализации (до трех дней включительно), атрибутивные характеристики которых содержат код, профиль, код соответствующего профиля группы, значения коэффициентов относительной затратоемкости и специфики, долю заработной платы и прочих расходов в случае их выделения в структуре тарифа;
- значения КСЛП, применяемых при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ в разрезе перечней случаев, установленных действующими нормативными документами (сочетанные хирургические вмешательства, со-проводительная терапия и пр.);
- распределение объемов МП с указанием видов, форм и условий ее предоставления в субъекте РФ и соответствующих объемов финансового обеспечения в разрезе МО, оказывающих МП в условиях круглосуточных и дневных стационаров.

Важно подчеркнуть, что заполнение вышеуказанных аналитических форм не требует внесения данных, зафиксированных на федеральном уровне.

Четвертый раздел «Дневной стационар» имеет такую же структуру и оформляется аналогичным образом, как и раздел «Круглосуточный стационар».

Раздел, характеризующий «оказание ВМП», включенной в базовую программу ОМС, представлен двумя подробными табличными формами, содержащими информацию о нормативах финансовых затрат на оказание ВМП с указанием доли заработной платы, выделяемой в структуре тарифа, и о распределении объемов МП с соответствующим финансовым обеспечением среди МО;

Раздел «Амбулаторная поликлиническая помощь», аналогично разделам о стационарной помощи, систематизирует данные обо всех аспектах финансирования данного вида МП. Девятнадцать таблиц, представленных в разделе, содержат детальную информацию следующего характера:

- значения базовых и средних подушевых нормативов финансирования, выделяемых на прикрепленное население, включая профили «Акушерство и гинекология» и «Стоматология», если они установлены;
- значения КД подушевых нормативов (учитывающих полово-возрастной состав, достижение целевых показателей уровня зарплаты, расходы МО и другие факторы), а также фактиче-

ские дифференцированные подушевые нормативы финансирования, включая указанные выше профили МП в случае их установления;

- значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для МО, рассчитанные с учетом значений всех КД и результативности;
- размеры финансового обеспечения фельдшерских пунктов и фельдшерско-акушерских пунктов до и после применения КД на текущий год в зависимости от численности обслуживающего населения;
- перечень МО (их обособленных подразделений), находящихся в сельских районах, удаленных местностях, поселках и небольших городах;
- перечень видов МП, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива финансирования (отдельные диагностические и лабораторные исследования, реабилитация, телемедицинские технологии, углубленная диспансеризация и иные направления МП, обозначенные действующими нормативными актами);
- размеры базовых нормативов финансовых затрат, особенности тарифообразования и размеры тарифов на оплату МП, финансируемой вне подушевого норматива;
- структура распределения объемов предоставления и финансового обеспечения МП между МО;
- значения показателей результативности в разрезе МО.

Аналогично другим разделам документа, раздел «Скорая МП» представляет подробную информацию о финансовом обеспечении указанной категории медицинских услуг. Посредством заполнения семи отдельных таблиц, детально раскрывающих положения нормативной документации относительно структуры, размера тарифов, методов их расчета, объемов предоставления скорой МП и ее финансового обеспечения, достигается максимально полное представление о данных параметрах и прозрачность в вопросах финансирования.

Раздел «Диализ» в соответствии с требованиями, установленными действующими нормативными актами (Требования к структуре и содержанию ТС, Методические рекомендации, ПГГ, ФЗ № 326), представлен в виде таблицы, содержащей подробную структуру тарифов на оплату диализа. В разрезе кодов номенклатуры и соответствующих наименований медицинских услуг, предоставляемых в рамках указанной технологии, указываются значения базовых ставок, коэффициентов затратоемкости и условия оказания данного вида МП в регионе. Кроме того, в случае оказания услуги диализа в сложных клинических ситуациях, предусматривающих дополнительную оплату медицинских услуг по решению субъекта РФ, приводятся значения поправочных коэффициентов. Табличное представление данного раздела в ТС обеспечивает прозрачность расчетов и адекватную компенсацию затрат на услуги диализа в сложных клинических случаях.

В разделе «Санкции» в табличной форме отражена информация о значениях подушевых нормативов финансирования, дифференцированных в зависимости от условий предоставления МП, а также применяемых корректирующих коэффициентов, используемых для расчета штрафных санкций за не-получение, несвоевременность получения или ненадлежащее качество оказанной МП. Также в указанном разделе представлен систематизированный перечень оснований для введения финансовых мер воздействия за установленные нарушения при контроле объема, сроков, качества и условий оказания медицинских услуг в рамках ОМС.

Раздел «Сверхбазовые объемы МП» включает две структурированные таблицы, содержащие данные о тарифах на оплату МП и распределении дополнительных объемов по видам, формам и условиям оказания в разрезе МО. Указанная информация размещается в ТС при условии утверждения региональными органами власти дополнительных объемов МП, превышающих установленные базовой программой ОМС.

В процессе апробации единой формы ТС в трех субъектах РФ в 2024 г. существенных замечаний не поступило. Отдельные предложения по доработке, выдвинутые регионами, были приняты во внимание и включены в итоговую версию документа.

ОБСУЖДЕНИЕ / DISCUSSION

Анализ нормативных правовых актов, регулирующих разработку, подписание и внесение изменений в региональные ТС в сфере ОМС, а также компартиативное изучение действующих ТС субъектов РФ выявили целый ряд серьезных проблем. Обнаружены значительное разнообразие форматов данных документов, отсутствие единой стандартной модели соглашения, зафиксированы случаи несоблюдения положений действующего законодательства, что негативно сказывается как на функционировании отдельных элементов системы ОМС, так и на стабильности работы данной инфраструктуры в целом.

Схожие выводы представлены в исследовании С.В. Шишкина и О.Ф. Понкратовой (2021 г.) [2]. Авторы отмечают, что давляющее большинство ТС по реализации ТПГГ, заключаемых в субъектах РФ, не соответствуют нормам федеральных нормативных правовых актов по вопросам тарифной политики в системе ОМС. Данный факт послужил основанием для передачи Федеральному фонду ОМС полномочий по согласованию ТС субъектов РФ [2].

Однако, как демонстрируют результаты текущего исследования, принятые меры не привели к существенному улучшению ситуации. Разнородность структурных и содержательных подходов к формированию ТС, сопровождающаяся существенными расхождениями в объемах документации и количестве прилагаемых материалов, создает значительные трудности для их восприятия и анализа. Подобная вариативность не только усложняет процессы стандартизации документооборота и оперативной обработки данных специалистами Федерального фонда ОМС, но и повышает вероятность ошибок на всех этапах работы – от разработки и согласования документов до последующего контроля их исполнения. Одновременно с этим недостаток информации и ясности условий в ТС способен негативно отразиться на уровне взаимного доверия между участниками системы здравоохранения. Отсутствие уверенности МО относительно принципов формирования тарифов и возможных изменений условий оплаты за оказанную МП может привести к нежеланию инвестировать в инновации и улучшение оказываемых медицинских услуг. Данные обстоятельства подчеркивают необходимость продолжения работы по приведению ТС в соответствие с действующими нормативными требованиями и повышению качества МП, оказываемой населению страны.

Наиболее эффективным способом решения обозначенной проблемы представляется внедрение унифицированного формализованного формата представления региональных ТС в табличной форме. Подобная схема позволит упорядочить структуру документа, упростить восприятие и повысить

эффективность интерпретации содержащихся сведений. Интеграция указанного стандарта оформления в перечень обязательных Требований к структуре и содержанию ТС будет содействовать выработке единых принципов разработки, согласования и утверждения документа, минимизируя число возможных ошибок и способствуя повышению уровня прозрачности и эффективности процессов управления.

На основе обширной информации, собранной в ходе исследования, разработана унифицированная табличная форма ТС и сформированы рекомендации по ее заполнению. Внедрение данного формата позволит существенно оптимизировать процесс подготовки региональных ТС посредством внедрения единого стандартизированного шаблона, минимизирующего временные затраты на предварительную разработку и последующую коррекцию соответствующих документов, одновременно гарантирующего неукоснительное соблюдение действующих нормативных требований на этапе первичного внесения сведений. Дополнительным преимуществом унификации ТС становится значительное упрощение согласования документа в Федеральном фонде ОМС [1].

При разработке унифицированной формы документа особое внимание уделено созданию прозрачной взаимосвязи между параметрами ТС и показателями ПГГ. Такой подход позволил провести сравнительный анализ утвержденных тарифов, плановых объемов МП и фактически оказанных услуг на основе данных реестров счетов. В перспективе регулярный мониторинг этих показателей может стать действенным механизмом контроля, обеспечивающим прозрачность тарифной политики и обоснованность финансирования МО. Особую актуальность данному вопросу придает тот факт, что с 2002 г. оценка эффективности работы МО стала одной из ключевых задач в системе ОМС.

Как отмечает К.П. Яблонский, значимым признаком существующих проблем в сфере управления, организации лечебного процесса или ресурсного планирования являются диспропорции между фактическими результатами деятельности МО и установленными целевыми показателями⁸. Дополняя этот тезис, исследование Е.В. Смирновой демонстрирует, что включение стандартизованных метрик результативности в ТС в качестве обязательного компонента создает основу для единой системы оценки эффективности. Такой подход позволяет сформировать унифицированный массив критериев, способствующий выявлению устойчивых отклонений от целевых показателей развития отрасли [3].

Таким образом, в результате унификации структуры ТС появляется возможность для перманентного анализа диспропорций, выступающих маркерами системных проблем в управлении, организации лечебного процесса и ресурсном планировании МО.

Последовательным развитием данной инициативы станет создание единого цифрового пространства для работы с ТС, что позволит полностью автоматизировать процессы обмена данными, значительно повысить эффективность административных процедур и обеспечить комплексный контроль качества оказания МП. Интеграция унифицированных цифровых форматов ТС формирует инновационную парадигму управления национальной системой здравоохранения, обеспечивающую полную прозрачность тарифной политики, оперативный мониторинг исполнения соглашений, автоматизированный контроль соответствия объемов и качества МП установленным нормативам.

⁸ Яблонский К.П. Оценка эффективности деятельности медицинских организаций. Дис. канд. экон. наук. СПб.; 2019.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ / CONCLUSION

В результате исследования определены проблемные аспекты, препятствующие эффективному функционированию механизма формирования ТС, сформулированы предложения по совершенствованию информационного наполнения соответствующих документов и повышению степени их структурированности и формализации.

Внедрение унифицированной формы ТС создаст единую методологию контроля региональной тарифной политики, обес-

печивающую прозрачность расчетов и аналитических процедур, возможность сравнительного анализа тарифных структур и объемов МП по регионам, своевременное выявление существенных отклонений и определение направлений повышения эффективности расходования средств в рамках ПГГ. Практическая реализация данного подхода позволит оптимизировать взаимодействие всех участников системы ОМС – от МО до федеральных контролирующих органов, создав тем самым единый контур управления тарифной политикой в сфере ОМС.

ИНФОРМАЦИЯ О СТАТЬЕ	ARTICLE INFORMATION
Поступила: 20.08.2025 В доработанном виде: 28.11.2025 Принята к печати: 19.12.2025 Опубликована: 30.12.2025	Received: 20.08.2025 Revision received: 28.11.2025 Accepted: 19.12.2025 Published: 30.12.2025
Вклад авторов	Authors' contribution
Авторы принимали равное участие в сборе, анализе и интерпретации данных. Авторы прочитали и утвердили окончательный вариант рукописи	The authors participated equally in the collection, analysis and interpretation of the data. The authors have read and approved the final version of the manuscript
Конфликт интересов	Conflict of interests
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов	The authors declare no conflict of interests
Финансирование	Funding
Авторы заявляют об отсутствии финансовой поддержки	The authors declare no funding
Этические аспекты	Ethics declarations
Неприменимо	Not applicable
Раскрытие данных	Data sharing
Первичные данные могут быть предоставлены по обоснованному запросу автору, отвечающему за корреспонденцию	Raw data could be provided upon reasonable request to the corresponding author
Комментарий издателя	Publisher's note
Содержащиеся в этой публикации утверждения, мнения и данные были созданы ее авторами, а не издательством ИРБИС (ООО «ИРБИС»). Издательство снимает с себя ответственность за любой ущерб, нанесенный людям или имуществу в результате использования любых идей, методов, инструкций или препаратов, упомянутых в публикации	The statements, opinions, and data contained in this publication were generated by the authors and not by IRBIS Publishing (IRBIS LLC). IRBIS LLC disclaims any responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions, or products referred in the content
Права и полномочия	Rights and permissions
© 2025 Авторы; ООО «ИРБИС» Статья в открытом доступе по лицензии CC BY-NC-SA (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)	© 2025 The Authors. Publishing services by IRBIS LLC This is an open access article under CC BY-NC-SA license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Федяев Д.В., Никитин Ф.С., Артамонова Т.Н. и др. Анализ тарифных соглашений субъектов Российской Федерации: форма и полнота представления данных. *ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология*. 2023; 16 (3): 363–74. <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2023.203>.
- Fedyaev D.V., Nikitin F.S., Artamonova T.N., et al. Analysis of tariff agreements of the constituent entities of the Russian Federation: form and completeness of data presentation. *FARMAKOEKONOMIKA. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya / FARMAKOEKONOMIKA. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*. 2023; 16 (3): 363–74 (in Russ.). <https://doi.org/10.17749/2070-4909/farmakoeconomika.2023.203>.
- Шишкин С.В., Понкратова О.Ф. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС. *Вопросы государственного и муниципального управления*. 2021; 1: 75–99. Shishkin S.V., Ponkratova O.F. Territorial disparity between tariffs for inpatient care in the Compulsory Health Insurance. *Public Administration Issues*. 2021; 1: 75–99 (in Russ.).
- Смирнова Е.В. Роль изменений тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования для оценки эффективности деятельности медицинских организаций. *Здоровье мегаполиса*. 2022; 3 (2): 42–8. <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2;42-48>.
- Smirnova E.V. The role of changes in the tariff agreement in the field of Compulsory Health Insurance for assessing the effectiveness of medical organizations. *City Healthcare*. 2022; 3 (2): 42–8 (in Russ.). <https://doi.org/10.47619/2713-2617.zm.2022.v.3i2;42-48>.

Сведения об авторах / About the authors

Федяев Денис Валерьевич / Denis V. Fedyaev – ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8977-5934>. WoS ResearcherID: W-3848-2019. Scopus Author ID: 57206481925. eLibrary SPIN-code: 6864-5660. E-mail: fedyaev@nifi.ru.

Волкова Оксана Александровна, к.м.н. / Oxana A. Volkova, PhD – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1620-9349>. Scopus Author ID: 57391349700; eLibrary SPIN-code: 9679-5654.

Ковалева Светлана Андреевна / Svetlana A. Kovaleva – ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5184-3962>.

Самсонова Елена Сергеевна / Elena S. Samsonova – ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6085-1320>. WoS ResearcherID: X-3920-2019. eLibrary SPIN-code: 8372-5195.

Омельяновский Виталий Владимирович, д.м.н., проф. / Vitaly V. Omelyanovskiy, Dr. Sci. Med., Prof. – ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1581-0703>. WoS ResearcherID: P-6911-2018. Scopus Author ID: 6507287753. eLibrary SPIN-code: 1776-4270.