

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования

Калининградской области на 2024 год

г. Калининград

24 января 2024 года

I. Общие положения

Настоящее соглашение заключено между органом исполнительной власти Калининградской области, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и профессиональными союзами медицинских работников (далее – Тарифное соглашение), включенными в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Тарифная комиссия) и в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями), с Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (с изменениями и дополнениями), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями и дополнениями), Законом Калининградской области от 26 декабря 2023 года № 286 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов», постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2023 года № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа).

Настоящее Тарифное соглашение регулирует правоотношения участников системы ОМС Калининградской области, возникающие при установлении способов оплаты медицинской помощи и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС, формировании тарифов, на медицинскую помощь и медицинские услуги в системе ОМС, подушевые нормативы в соответствии с приложениями к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы, установленные настоящим Тарифным соглашением, применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Калининградской области лицам, а также для расчетов за

медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, по видам и условиям медицинской помощи, установленным базовой программой ОМС.

Перечень основных понятий и терминов, используемых в Тарифном соглашении

Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

Полис обязательного медицинского страхования (далее – полис) – документ единого образца, установленный законодательством, подтверждающий факт медицинского страхования в системе ОМС.

Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Случай оказания медицинской помощи – медицинская услуга или медицинские услуги, оказанные лицам, застрахованным по ОМС, в связи с наступлением страхового случая в пределах одного вида условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, стационарно, в условиях дневного стационара всех типов, вне медицинской организации).

Единица объема медицинской помощи – отдельная медицинская услуга (включая услуги диализа) в соответствии с перечнем, утвержденным законодательством (при всех условиях оказания медицинской помощи); посещение, обращение (при оказании амбулаторной медицинской помощи), случай госпитализации (при оказании стационарной медицинской помощи), случай лечения заболевания (при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара).

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Объемы медицинской помощи – объемы предоставления медицинской помощи жителям Калининградской области на ее территории и за ее пределами, установленные территориальной программой ОМС.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – сумма возмещения расходов медицинских организаций за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС на единицу объема медицинской помощи.

Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) при оказании амбулаторной стоматологической помощи – норматив времени, используемый для учета объема выполненных стоматологических услуг и равный по временным затратам длительности лечения среднего кариеса (I класс по Блэку).

Медицинские организации-фондодержатели (далее – фондодержатели) – медицинские организации (учреждения, структурные подразделения медицинских организаций, общие (семейные) врачебные практики) любой формы собственности, имеющие прикрепленное население, финансирование которых осуществляется по дифференцированному подушевому нормативу.

Прикрепленное население – лица, прошедшие процедуру прикрепления к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в соответствии с законодательством и получающие медицинскую помощь в медицинской организации на постоянной основе.

Межучрежденческие взаиморасчеты (взаиморасчеты между медицинскими организациями) – удержание стоимости медицинской помощи, оказанной населению в других медицинских организациях, из общего объема подушевого финансирования медицинских организаций-фондодержателей.

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании представленных медицинской организацией счетов на оплату медицинской помощи в пределах объемов предоставления медицинской помощи и объемов финансовых средств, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы (далее – Комиссия), по тарифам на оплату медицинской помощи в соответствии с порядком, установленным настоящим Тарифным соглашением.

II. Способы оплаты медицинской помощи

1. Общие положения при оплате медицинской помощи

1.1. Способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи устанавливаются в зависимости от условий оказания медицинской помощи, определенных частью 3 статьи 32 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в разрезе базовой и сверх базовой Программы ОМС:

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

2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому при вызове медицинского работника;

3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи должны определяться дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

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

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

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

1.3. При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи проводится дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в части их размера и структуры, устанавливаемых в соответствии с пунктом 2 настоящего раздела, по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций с учетом объективных критериев: вида медицинской помощи, количества фельдшерско-акушерских пунктов.

1.4. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, а также подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации. Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы (далее – половозрастные группы):

– до года мужчины/женщины;

- год - четыре года мужчины/женщины;
- пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

Расчет подушевого норматива финансирования медицинской помощи производится на основании Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденных на соответствующий финансовый год.

1.5. Установленные настоящим Тарифным соглашением способы оплаты медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

1.6. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за оказанную медицинскую помощь осуществляется с указанием полиса, действующего на момент завершения оказания медицинской помощи.

1.7. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату за медицинскую помощь, оказанную новорожденным в период со дня рождения и до истечения тридцати дней со дня государственной регистрации рождения, при отсутствии полиса осуществляется с указанием полиса матери (законного представителя).

1.8. Перечень медицинских организаций включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в разрезе условий оказания медицинской помощи, а также при необходимости видов оказываемой медицинской помощи по КСГ, форм оказания медицинской помощи установлен Приложением № 2.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

2.1. Перечень основных понятий и терминов, используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

Законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС, в том числе при оказании стоматологической помощи – обращение по поводу заболевания с кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания. Обращением (законченным страховым случаем оказания медицинской помощи по поводу заболевания) в амбулаторных условиях является объем выполненных лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает исход в виде выздоровления, улучшения, направления пациента на лечение в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Счет на оплату формируется в конце эпизода оказания медицинской помощи (при последнем посещении больного) с указанием исхода заболевания в соответствующих позициях счета. Средняя кратность посещений в связи с заболеванием в одном обращении составляет 2,6 посещения.

Обращением в связи с заболеванием в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС является оказание помощи:

– при остром заболевании от момента обращения пациента до момента окончания эпизода оказания медицинской помощи (выздоровление и др.);

– при обострении хронического заболевания (от момента обращения пациента по поводу обострения заболевания до периода достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациента в дневной или круглосуточный стационар);

– при осложнениях беременности, заболеваниях, осложнивших беременность, от момента выявления осложнения беременности, острого заболевания (обострения хронического заболевания), осложнившего беременность до момента выздоровления, достижения ремиссии, улучшения состояния, направления пациентки в дневной или круглосуточный стационар.

Результат обращения отмечается в соответствующих позициях учетной формы № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (утв. приказом Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н (с изменениями и дополнениями)).

С учетом характера заболевания в процессе оказания медицинской помощи могут применяться различные методы инструментальной и лабораторной диагностики, которые проводятся при наличии направления врача медицинской организации, в которой пациент получает первичную медицинскую помощь (прикрепленное население).

Посещения с профилактическими и иными целями в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС:

посещения с иными целями включают:

– разовые посещения в связи с заболеваниями;

– комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения застрахованных лиц (включая работающих граждан), страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

- комплексные посещения по профилю «Медицинская реабилитация»;

– посещения в связи с выдачей справок и иных медицинских документов по результатам мероприятий, включенным в Программу ОМС.

Указанные посещения включают:

– посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

– посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

– комплексное посещения центров здоровья;

– посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

посещения с профилактическими целями включают:

– комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров, а также первичное посещение в календарном году в рамках диспансерного наблюдения;

- комплексные посещения в связи с проведением диспансеризации, включая оценку репродуктивного здоровья при проведении диспансеризации взрослого населения;

- комплексные посещения при проведении углубленной диспансеризации;

Комплексные посещения в связи с проведением профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, углубленной диспансеризации, диспансерного наблюдения регламентируются приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации:

- от 10 сентября 2017 г. № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» (зарегистрирован Минюстом России 18 августа 2017 г., № 47855);

- от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации» (зарегистрирован Минюстом России 2 апреля 2013 г., № 27964);

- от 21 апреля 2022 г. № 275н «Приказ Министерства здравоохранения РФ "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью" (зарегистрирован Минюстом РФ 29 апреля 2022 г., N 68366);

- от 27 апреля 2021 года № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения» (с изменениями и дополнениями) (зарегистрирован в Минюсте России 17 октября 2023 г., № 75616);

- от 01 июля 2021 г. № 698н «Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» (зарегистрирован в Минюсте России 07 июля 2021 г., № 64157);

- от 15 марта 2022 г. №168н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми»; (зарегистрирован в Минюсте РФ 21 апреля 2022 г., г., № 68288);

- от 04 июня 2020 г. №548н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за взрослыми с онкологическими заболеваниями» (зарегистрирован в Минюсте РФ 26 июня 2020 г., г., № 58786) с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

Посещения в связи с оказанием неотложной помощи в рамках базовой программы ОМС – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях и иных состояниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы для жизни пациента, которая включает проведение лечебных мероприятий в соответствующем структурном подразделении медицинской организации или вне медицинской организации.

2.2. Перечень медицинских организаций-фондодержателей, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (далее – подушевой норматив), установлен Приложением № 2.1.1.

2.3. Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) установлен Приложением № 2.1.2. к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Основные подходы к оплате первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, Программой установлены следующие способы оплаты:

2.4.1 по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

2.4.2 за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате:

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

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

в) 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;

г) 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; тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

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

ж) комплексных посещений школ сахарного диабета;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение), включая продолжительную медицинскую реабилитацию для ветеранов боевых действий.

2.5. В рамках сверх базовой Программы ОМС осуществляется оплата:

– первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях при инфекционных заболеваниях (ВИЧ), заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ, ортодонтическая помощь детскому населению;

– профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также в образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, проведение обязательных диагностических исследований гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу;

– оказание паллиативной медицинской помощи, включая выездные формы оказания медицинской помощи.

2.6. В рамках базовой Программы ОМС осуществляется:

2.6.1. Оплата всех видов амбулаторной медицинской помощи в медицинских организациях (отделениях медицинских организаций) любой формы собственности включает в себя регламентированную законодательством оплату мобильных бригад, выездных форм деятельности, проведение консультирования медицинским психологом (по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период), проведение консультаций с использованием телемедицинских технологий и дистанционного мониторинга основных

параметров жизнедеятельности у лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

2.6.2. Оплата диагностических исследований нескольких анатомических областей с применением контрастного вещества в части компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии производится по направлению медицинских организаций-фондодержателей, исходя из набора проведенных услуг.

При однократном введении контрастного вещества с последующим исследованием нескольких анатомических областей в реестр на оплату основная услуга включается как исследование с контрастированием, остальные – как услуги, проведенные без контрастирования.

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) любой формы собственности, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется при наличии направления от медицинских организаций-фондодержателей на основании реестров счетов по факту оказания медицинской помощи в пределах установленного объема медицинской помощи и объема финансовых средств.

2.6.3. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях (структурных подразделениях медицинских организаций) любой формы собственности, не имеющих прикрепленного населения, осуществляется на основании реестров счетов по факту оказания медицинской помощи при наличии направления в пределах выделенного объема медицинской помощи и объема финансовых средств.

2.6.4. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения считаются выполненными в случае выполнения в течение года, в том числе в период, предшествующий мероприятию, не менее 85% от объема установленных медицинских услуг, включая обязательные исследования.

2.6.5. Оплата диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, осуществляется при полном выполнении перечня исследований, предусмотренных законодательством, непосредственно во время мероприятия в размере установленного тарифа.

2.6.6. Оплата диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью осуществляется в размере тарифа законченного случая проведенного мероприятия при выполнении полного перечня исследований, предусмотренных законодательством. В случае предоставления на оплату законченного случая указанных профилактических мероприятий, при которых часть исследований проведена в период, предшествующий мероприятию, размер оплаты определяется стоимостью проведенных медицинских услуг непосредственно в период мероприятия.

2.6.7. Оплата второго этапа диспансеризации осуществляется по тарифу стоимости проведенных медицинских услуг (посещения врачей –

специалистов и т.д.), при этом оплата индивидуального или группового углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации осуществляется при его проведении в отделении (кабинете) медицинской профилактики (центре здоровья) для граждан в размере установленного тарифа.

2.6.8. Оплата профилактических мероприятий, проведенных в условиях передвижных мобильных комплексов, оплачивается по тарифу с применением коэффициента, указанного в Приложении № 3.3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6.9. Оплата медицинских услуг в «Центрах здоровья» производится за законченный случай комплексного обследования в соответствии с перечнем исследований, утвержденных законодательством. Комплексное обследование в «Центрах здоровья» (взрослое, детское население) проводится однократно в календарном году.

2.6.10. Оплата медицинской помощи в рамках «Школ сахарного диабета» осуществляется за единицу объема медицинской помощи (за комплексное посещение) вне подушевого норматива финансирования медицинских организаций-фондодержателей, включающее установленное нормативными документами количество времени (часов), а также проверку дневников самоконтроля. Тарифы на оплату за комплексное посещение школ сахарного диабета указаны в Приложении №3.3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. При определении общего объема финансирования медицинских организаций-фондодержателей по подушевому нормативу осуществляется его уменьшение на размер стоимости межучрежденческих взаиморасчетов и сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения вневедомственного экспертного контроля медицинской помощи.

2.8. Оплата амбулаторной стоматологической медицинской помощи осуществляется в размере тарифа обращения (законченного страхового случая лечения с двумя и более посещениями), разового посещения по поводу заболевания, консультации, диспансерного наблюдения, стоматологического обследования в рамках мероприятий, предусмотренных законодательством.

2.8.1. Оплата обращений (посещений) по поводу стоматологических заболеваний осуществляется в разрезе групп заболеваний.

2.8.2. К обращениям (законченным страховым случаям лечения с двумя и более посещениями) при оказании стоматологической помощи относятся случаи оказания медицинской помощи, регламентированные нормативными документами и завершившиеся устранением причины заболевания или достижением стойкой ремиссии, при отсутствии необходимости повторного обращения по данному заболеванию в течение 30 дней со дня завершения лечения. Обращение складывается из первичных и повторных посещений.

2.8.3. К посещениям (разовым) с профилактическими и иными целями при оказании стоматологической помощи относятся: разовые посещения по поводу заболеваний (в том числе и законченные случаи лечения), стоматологическое обследование (профилактический осмотр), диспансерное наблюдение, консультации, др. уточненных видов медицинской помощи.

Разовые посещения по поводу заболеваний, не включенных в перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании стоматологической амбулаторной помощи, оплачиваются по тарифу стоматологического обследования.

2.8.4. Медицинские услуги стоматологического обследования (профилактический осмотр), регламентированного действующими нормативными документами, предъявляются к оплате при завершённом профилактическом осмотре и не предполагают проведения лечебного процесса.

2.8.5. Оформление медицинской документации при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи (медицинские карты пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях) предусматривает указание перечня выполненных стоматологических медицинских услуг с их кодировкой в соответствии с положениями нормативных документов.

2.9. Оплата медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включая реабилитацию пациентов после перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), осуществляется вне подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (за единицу объема медицинской помощи).

Оплате за комплексное посещение подлежит законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях в разрезе видов медицинской реабилитации, степени нарушения функций организма (шкала ШРМ) и длительности лечения. Комплексное посещение включает набор необходимых консультаций специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных программами реабилитации.

При этом комплексное посещение, как законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях, включает в себя более двух посещений.

2.10 За счет средств сверх базовой программы осуществляется:

- оплата консультаций врачами-психиатрами, наркологами при проведении профилактического медицинского осмотра, консультаций пациентов врачами-психиатрами и врачами-фтизиатрами при заболеваниях, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, включая медицинскую помощь, оказываемую выездными психиатрическими бригадами;

- проведение медицинским психологом консультирования пациентов по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, в амбулаторных условиях при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также пациентов, получающих паллиативную медицинскую помощь в хосписах и домах сестринского ухода.

2. Способы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара на основе групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ)

3.1. Основные понятия и термины

При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС, используются следующие основные понятия и термины:

Случай госпитализации (лечения) – случай лечения по поводу заболевания 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 обязательного медицинского страхования;

Клинико-статистическая группа заболеваний (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 затратноемкости и поправочных коэффициентов;

Базовая ставка (БС) – 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 государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2024 и 2025 годов;

Коэффициент относительной затратноемкости – устанавливаемый Программой коэффициент, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний 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 (используемый в расчетах, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации);

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов;

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

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи (КУС) – 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 оказания медицинской помощи – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами;

Коэффициент сложности лечения пациентов (КСЛП) – устанавливаемый на территориальном 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 клинико-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом классификационных критериев, в том числе дополнительно устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноемкости, отличный от коэффициента относительной затратноемкости по клинико-статистической группе, с учетом правил выделения и применения подгрупп;

3.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях по уровням оказания медицинской помощи установлен Приложением № 2.2.1 к настоящему Тарифному соглашению, в условиях дневного стационара- Приложением № 2.3.1.

3.3. Оплата за счет средств ОМС медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях по КСГ, осуществляется во всех страховых случаях, за исключением:

- заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы лечения по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, на которые Программой установлены нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи;

- социально значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения);

- услуг диализа, включающих различные методы;

- паллиативной медицинской помощи.

3.4. Способы оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций)

Способы оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинских организаций (структурных подразделений):

- 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 оказания медицинской помощи.

3.4.1 Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

- летального исхода;

- выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, приведенных в приложении № 3.4.4;

- проведения медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, приведенных в приложении № 3.4.1.

3.4.2 Оплата по двум КСГ осуществляется в следующих случаях:

- перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую. Оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным основаниям прерванности;

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

– оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

– этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (*например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)*);

– проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

– дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ 10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

– наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

– проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

– проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

3.4.3 Оплата случаев лекарственной терапии онкологических заболеваний проводится с учетом нагрузочных доз в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделяются).

Отнесение к КСГ, предусматривающим хирургическое лечение, осуществляется по коду МКБ 10 и коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой.

Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ 10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количеству дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

Оптимальная длительность госпитализации в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ составляет 1 день, в связи с чем указанные случаи могут быть оказаны как в условиях дневного стационара, так и в амбулаторных условиях.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) формируются на основании кода МКБ–10 и схемы лекарственной терапии.

КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей формируются на основании кода МКБ 10, длительности и дополнительного классификационного критерия, включающего группу лекарственного препарата или МНН лекарственного препарата.

Режим введения лекарственных препаратов в описании схем лекарственной терапии включает в себя наименование лекарственных препаратов, длительность цикла, количество дней введения, способ введения (в случае указания в схеме), скорость введения (капельно, струйно, в случае указания в схеме), разовая доза препарата (фиксированная величина или в пересчете на массу тела или площадь поверхности тела пациента).

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в Группировщике, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по вышеперечисленным основаниям.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям прерванности) в следующих случаях:

- при условии проведения лечения в полном соответствии с одной из

схем лекарственной терапии, указанных в Группировщике;

– при условии снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце «Наименование и описание схемы» при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (при этом общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

– снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

– увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

В описании схем лекарственной терапии указываются только противоопухолевые лекарственные препараты, при соблюдении применения всех лекарственных препаратов, указанных в составе схемы лекарственной терапии, в случае назначения дополнительных лекарственных препаратов, применяемых в качестве сопроводительной терапии, случай кодируется по коду основной схемы, а назначение дополнительных лекарственных препаратов, не относящихся к противоопухолевой лекарственной терапии, не может служить основанием для применения кода схемы sh9003 в целях кодирования случая противоопухолевой лекарственной терапии.

Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

В случае если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

3.4.4 Все КСГ группы распределены по профилям медицинской помощи, при этом часть диагнозов, устанавливаемых при различных заболеваниях, хирургических операций и других медицинских технологий могут использоваться в смежных профилях, а часть являются универсальными для применения их в нескольких профилях.

Исключением являются КСГ, включенные в профили «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия», лечение в рамках которых может осуществляться только в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» и «Гериатрия» соответственно.

3.4.5 Оплата видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую Программу ОМС, осуществляется по нормативам финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, утвержденным Программой.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее – Перечень).

В случае, если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ, исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по соответствующей КСГ.

3.4.6. За счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы осуществляется проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических 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.

3.4.7. Оплата стационарной медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС, включая паллиативную медицинскую помощь, при лечении пациентов более месяца производится с указанием исхода заболевания «продолжает болеть». При длительности лечения меньше отчетного периода оплата осуществляется пропорционально стоимости лечения в полном календарном периоде.

3.5 Способы оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций):

Способы оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинских организаций (структурных подразделений):

- 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), 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.

Способ оплаты медицинской помощи за прерванный случай ее оказания применяется 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 оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, 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 при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

- летального исхода;

- выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания

медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, проведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, приведенных в приложении № 3.5.3;

- за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

4. Способы оплаты скорой медицинской помощи вне медицинской организации

4.1. Оплата 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) в рамках базовой программы ОМС осуществляется:

– 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, за вызов с проведением тромболизиса);

В рамках сверх базовой программы ОМС:

– по подушевому нормативу финансирования;

– за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология»).

4.2. Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи производится в соответствии с перечнем заболеваний, изложенном в пунктах 11, 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н.

5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих социально-значимые виды медицинской помощи (в рамках сверх базовой Программы ОМС)

5.1. Перечень медицинских организаций, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в рамках оказания медицинской помощи по видам и условиям, не входящим в базовую программу ОМС, которые финансируются по полному подушевому нормативу финансирования установлен приложением № 2.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2 Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию по профилю «психиатрия- наркология» осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц. Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

6. Основные подходы к оплате медицинской помощи с применением телемедицинских технологий

6.1. В соответствии с Программой подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе, расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинских услуг с применением телемедицинских технологий могут использоваться для проведения расчетов в рамках договоров о возмездном оказании медицинских услуг между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации, заключенных на общих основаниях, предусмотренных Гражданским кодексом Российской Федерации (далее – Договор), между медицинскими организациями преимущественно 1-го и 2-го уровня (имеющими прикрепленное население, или в которых проходит лечение пациент), и медицинскими организациями 3-го уровня, а также федеральными медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

В субъекте Российской Федерации организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях иного субъекта Российской Федерации рекомендуется в случае, если ресурсы медицинских организаций для оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в субъекте Российской Федерации

Федерации либо полностью отсутствуют, либо недостаточны для оказания их в необходимом объеме.

При этом медицинские организации, желающие получить телемедицинскую консультацию, вправе заключить договор с медицинской организацией, оказывающей медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий.

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

- дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;
- дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами или их законными представителями.

6.2. В стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинская помощь с применением телемедицинских технологий включается в стоимость законченного случая лечения, рассчитанного на основе КСГ.

6.3. Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий дифференцированы по видам консультаций (консилиумов врачей) при оказании первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, определенных Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н, установлены в приложении № 3.3.5 к настоящему Тарифному соглашению.

III. Тарифы на оплату медицинской помощи

1. Общие положения

1.1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями части 7 статьи 35 Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), 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 медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также 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 обязательного медицинского страхования.

Не подлежат оплате за счет средств Программы ОМС расходы медицинских организаций на проведение капитального ремонта зданий и сооружений, государственную экспертизу проектно-сметной документации для его проведения; кадастровые работы и инженерно-геодезические изыскания; расходы инвестиционного характера, включая демонтаж зданий и сооружений, строительство, реконструкцию, проведение обследования строительных конструкций помещений, в которых планируется размещение тяжелого оборудования; на установку (расширение) единых функционирующих систем, таких как охранная и пожарная сигнализации; содержание объектов недвижимого имущества, неэксплуатируемых в процессе оказания медицинской помощи.

Вышеперечисленные расходы осуществляются за счет бюджетных ассигнований и не входят в средний подушевой норматив финансирования, установленный Программой ОМС.

Средства ОМС на оплату труда сотрудников отделений медицинских организаций при закрытии отделений на проведение плановых и внеплановых ремонтов, карантинных и профилактических мероприятий дополнительно не выделяются. Указанные расходы могут возмещаться за счет средств соответствующего бюджета.

Оплата расходов, не включенных в структуру тарифа на медицинскую помощь в сфере ОМС, является нецелевым использованием средств ОМС.

1.2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями и дополнениями), номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и

социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

2. Тарифы при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

Перечень медицинских организаций с коэффициентом уровня оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях (приложение № 2.1.1.1).

2.1. Средний подушевой норматив финансирования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- 1) **базовой программы ОМС** составляет – 6 906,20 рублей;
- 2) **на финансовое обеспечение сверх базовой Программы ОМС** в сумме 452,5 рублей.

2.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования (ΦO_{CP}^{AMB}), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{O C_{AMB}}{Ч_3} = 6\,906,20 \text{ руб.}$$

где:

$O C_{AMB}$ объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

$Ч_3$ численность застрахованного населения Калининградской области, человек.

Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$O C_{AMB} = (N_{O_{PMO}} \times N_{\Phi Z_{PMO}} + N_{O_{ДИСП}} \times N_{\Phi Z_{ДИСП}} + N_{O_{ИЦ}} \times N_{\Phi Z_{ИЦ}} + N_{O_{OЗ}} \times N_{\Phi Z_{OЗ}} + N_{O_{НЕОТЛ}} \times N_{\Phi Z_{НЕОТЛ}} + N_{O_{МР}} \times N_{\Phi Z_{МР}} + N_{O_{ДН}} \times N_{\Phi Z_{ДН}}) \times Ч_3 - O C_{МТР},$$

где:

Но _{ПМО}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{дисп}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{иц}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{оз}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
Но _{неотл}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но _{мр}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но _{дн}	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз _{пмо}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы,

	рублей;
Нфз _{дисп}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{иц}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{оз}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{неотл}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{мр}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз _{дн}	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС _{мтр}	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей

Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц рассчитывается исходя из подушевого норматива финансирования

медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПН_{баз}). Для этого определяется объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (ОС_{ПНФ}), за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{ИССЛЕД} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП},$$

где:

- ОС_{ФАП} объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;
- ОС_{ИССЛЕД} объем средств, направляемых на оплату проведения 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
- ОС_{ЕО} объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным (в том числе – стоматологическая медицинскую помощь; проведение услуг диализа; комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация», а также диспансерного наблюдения), рублей;
- ОС_{ПО} объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
- ОС_{ДИСП} объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе, углубленной диспансеризации), рублей.

Подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием.

Значение базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц определяется по следующей формуле:

$$\text{ПН}_{\text{БАЗ}} = \left(\frac{\text{ОС}_{\text{ПНФ}}}{\text{Ч}_3 \times \text{КД}} \right) \times (1 - \text{Рез}),$$

где:

ПН _{БАЗ}	базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей;
ОС _{ПНФ}	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
Рез	доля средств, направляемая на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности;
КД	единый коэффициент дифференциации субъекта Российской Федерации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462.

ПНБАЗ	на 01.01.2024г.
на год, руб.	2 740,19
в месяц, руб.	228,35

2.3. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период и численности застрахованных лиц за данный период и установлены приложением № 3.3.1 к настоящему Тарифному соглашению;

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС установлены приложением № 3.3.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях, к ОС_{ПНФ} рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{30 \text{ ОС}_{\text{ПНФ}}}{\sum_i (\text{ДП}_n^i \times \text{Ч}_3^i)}$$

	на 01.01.2024г.
ПК	0,97537133

2.5. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные по каждой медицинской организации установлены приложением № 3.3.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2024 год установлены приложением № 3.3.2.1 к настоящему Тарифному соглашению;

2.6. Размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на одного застрахованного жителя области (медицинская помощь в амбулаторных условиях) на 2024 год установлен приложением № 3.3.3 к настоящему Тарифному соглашению. Количество и размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС на 2024 год изложены в приложении № 3.3.3.1.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС установлен приложением № 3.3.3.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области по всем видам и условиям медицинской помощи не установленным базовой программой ОМС (социально-значимые виды) установлен в приложении № 3.3.4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. Тариф на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в части базовой и сверх базовой Программы ОМС (приложение № 3.3.5):

- тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

- тарифы на диспансеризацию взрослого населения, тарифы на профилактические медицинские осмотры взрослого населения;

- тарифы на диспансеризацию детей-сирот, тарифы на профилактический медицинский осмотр несовершеннолетних;

- способ оплаты, наименование и стоимость исследований, включенных в углубленную диспансеризацию;

- тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, не установленный базовой Программой ОМС.

2.8.1. Стоимость условной единицы трудоемкости (УЕТ) на 2024 год составляет 202,61 руб.

Классификатор основных медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ), подлежащих оплате по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 3.3.6), среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной амбулаторной стоматологической помощи в медицинских организациях Калининградской области в 2024 году составляет 4,2 УЕТ в одном посещении, 9,4 УЕТ в одном обращении.

2.8.2. Перечень заболеваний при оказании амбулаторной стоматологической помощи в разрезе групп и подгрупп установлен приложением № 3.3.7 к настоящему Тарифному соглашению;

2.8.3. Тариф стоимости случаев лечения при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи установлен приложением № 3.3.8 к настоящему Тарифному соглашению.

2.8.4. Перечень медицинских услуг в разрезе МКБ 10 при оказании амбулаторной стоматологической помощи установлен приложением № 3.3.9 к настоящему Тарифному соглашению;

2.8.5. Перечень кодов МКБ-10 и значения коэффициента сложности лечения пациентов (КСЛП) при оказании амбулаторной стоматологической помощи детскому населению приложение № 3.3.8.1;

2.9. Тариф стоимости диагностических услуг установлен приложением № 3.3.10 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9.1. Тариф стоимости диагностических услуг, не включенных в подушевое финансирование установлен приложением № 3.3.10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.10. Показатели результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и методика расчета выплат стимулирующего характера при достигнутых целевых показателях результативности медицинскими организациями, финансируемыми по подушевому нормативу при реализации территориальной программы ОМС Калининградской области определены приложением № 3.3.11 к настоящему Тарифному соглашению.

В рамках базовой Программы обязательного медицинского страхования доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей деятельности (с учетом балльной оценки) - 2% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года - ноябрь текущего года (включительно).

В рамках сверх базовой Программы обязательного медицинского страхования доля средств, направляемых на стимулирующие выплаты медицинским организациям в случае достижения ими целевых показателей

деятельности (с учетом балльной оценки), устанавливается в зависимости от размера финансирования медицинских организаций, медицинская помощь в которых оплачивается по полному подушевому нормативу – 2 %. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – май текущего года (включительно), июнь- ноябрь текущего года (включительно).

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций осуществлять не реже одного раза в квартал в рамках базовой Программы обязательного медицинского страхования.

3. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях

3.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

3.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 7 117,20 рублей;

3.1.2. сверх базовой Программы ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 1 183,80 рублей.

3.2. Размер базовой ставки:

3.2.1. в рамках базовой Программы ОМС – 28 003,89 рубль;

3.2.2. сверх базовой Программы ОМС – 102 172,90 рубль.

3.3. Размер коэффициента дифференциации для Калининградской области установлен в размере 1,0 (постановление Правительства РФ от 05.05.2012 г. №462).

3.4. Перечень групп заболеваний в разрезе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратно-емкости КСГ:

3.4.1 в рамках базовой Программы ОМС (приложение № 3.4.1 к настоящему Тарифному соглашению);

3.4.2 в рамках сверх базовой Программы ОМС (приложение № 3.4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению).

3.5 Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

- размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
- коэффициент относительной затратно-емкости;
- коэффициент дифференциации (при наличии);
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
- коэффициент сложности лечения пациента.

Стоимость одного случая госпитализации в стационаре (ССксл) по КСГ

(за исключением КСГ, в составе которых Программой установлены доли заработной платы и прочих расходов, порядок оплаты которых установлен Разделом 4.8.1 Методических рекомендаций, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = БС \times КД \times КЗ_{КСГ} \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

- БС базовая ставка, рублей;
- КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости КСГ (подгруппы в составе КСГ), к которой отнесен данный случай госпитализации;
- КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
- КУС_{МО} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
- КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Постановление № 462).
 Данный коэффициент используется в расчетах в том числе в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации, в том числе для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований.
- КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости – сумма применяемых КСЛП)
 * - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно

единице).

3.6 Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{\text{КСГ}} = \text{БС} \times \text{КЗ}_{\text{КСГ}} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КС}_{\text{КСГ}} \times \text{КУС}_{\text{МО}} \times \text{КД}) + \text{БС} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛП},$$

БС	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$\text{КЗ}_{\text{КСГ}}$	коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
Дзп	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
$\text{КС}_{\text{КСГ}}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$\text{КУС}_{\text{МО}}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).
	* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

3.7. Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, для Калининградской области устанавливается в размере 1,0.

3.8. Перечень и значение коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП) установлен приложением № 3.4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициента сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территории оказания медицинской помощи.

3.9. Перечень КСГ групп, к которым не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики установлен приложением № 3.4.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.10. Перечень КСГ групп с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, которые оплачиваются в полном объеме установлен приложением № 3.4.4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11. Дополнительные классификационные критерии отнесения случаев лечения к КСГ (ДКК) в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС установлен приложением № 3.4.5 к настоящему Тарифному соглашению.

3.12. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги, в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС установлен в приложении № 3.4.6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.13. Перечень КСГ с хирургическими видами лечения изложен в приложении № 3.4.7. Перечень услуг в составе КСГ, к которым применяется КСЛП при проведении сочетанных хирургических вмешательств установлен приложением № 3.4.7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.14. Перечень услуг в составе клинко-статистических групп, к которым применяется КСЛП при проведении однотипных операций на парных органах установлен приложением № 3.4.8 к настоящему Тарифному соглашению.

3.15. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара установлен приложением № 3.4.9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.16. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены приложением № 3.4.10. к настоящему Тарифному соглашению.

3.17. Тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях за счет сверх базовой Программы ОМС по прочим видам медицинских и иных услуг установлен приложением № 3.4.11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.18. Перечень заболеваний по МКБ-10, включенных в КСГ заболеваний при оказании стационарной медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС по социально-значимым видам медицинской помощи установлен в приложении № 3.4.1.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.19. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме изложен в приложении № 3.4.4 к настоящему Тарифному соглашению.

3.20. Оплата прерванных случаев лечения (в том числе с длительностью 3 дня и менее), в рамках базовой программы ОМС, не включенных в Приложение № 3.4.4, осуществляется в неполном объеме.

В случае, если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся

классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 85% от стоимости КСГ.

Оплата прерванных случаев лечения (в том числе с длительностью 3 дня и менее), если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия, не проводились, осуществляется в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 55% от стоимости КСГ.

3.21. Размер тарифов на оплату прерванных случаев лечения в рамках сверх базовой Программы ОМС устанавливается в неполном объеме по профилям: «венерология», «наркология» с длительностью 5 дней и менее осуществляется в размере 30 процентов от стоимости случая лечения, при длительности лечения более 5 дней, но менее 11 дней в размере 70 процентов, по профилю «инфекционные болезни» (в части лечения заболеваний, вызванных вирусом иммунодефицита человека) при длительности 10 дней и менее в размере 30 процентов от стоимости случая, при длительности лечения более 10 дней, но менее 22 дней в размере 70 процентов от стоимости случая.

3.22. При госпитализации пациента для введения лекарственного препарата, приобретенного за счет иных источников (льготное обеспечение, гуманитарная помощь и прочее), для формирования тарифа необходимо использовать группу КСГ st36.004.

3.23 Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) в условиях круглосуточного стационара в рамках базовой программы ОМС на 2024 год установлен в Приложении № 3.4.12.

4. Тарифы в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

4.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- 4.1.1. базовой Программы ОМС в сумме 1 741,90 рублей;
- 4.1.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 46,80 рублей.

4.2. Размер базовой ставки:

- 4.2.1. в рамках базовой Программы ОМС – 16 025,94 рубля;
- 4.2.2. сверх базовой Программы ОМС – 16 701,40 рублей.

4.3. Перечень КСГ групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратноемкости в рамках базовой программы ОМС установлен в приложении № 3.5.1 к настоящему Тарифному соглашению, дополнительные классификационные критерии изложены в приложении №

3.5.5, перечень КСГ, предполагающие хирургическое лечение - в приложении № 3.5.6.

4.4. Перечень КСГ групп заболеваний с указанием коэффициентов относительной затратоемкости (КЗ) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках сверх базовой программы ОМС по социально значимым видам медицинской помощи установлен приложением № 3.5.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Перечень заболеваний по МКБ-10, включенных в КСГ групп заболеваний при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара в рамках сверх базовой Программы ОМС по социально-значимым видам медицинской помощи установлен в приложении № 3.5.1.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.6. Перечень КСГ заболеваний при лечении в дневном стационаре, к которым не применяются понижающие и повышающие коэффициенты специфики установлен приложением № 3.5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

4.7. Доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ при проведении лекарственной терапии при онкологических заболеваниях в условиях дневного стационара установлены приложением № 3.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость одного случая лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$CC_{КСГ} = BC \times KЗ_{КСГ} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КСГ} \times КУС_{МО} \times КД) + BC \times КД^* \times КСЛП,$$

BC	размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;
$KЗ_{КСГ}$	коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;
$Дзп$	доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением 3 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);
$КС_{КСГ}$	коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);
$КУС_{МО}$	коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;
КД	коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;
КСЛП	коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у

взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

4.8. Перечень КСГ, оплата которых осуществляется в полном объеме при прерванных случаях лечения (три дня и менее) в дневном стационаре установлен приложением № 3.5.3 к настоящему Тарифному соглашению.

4.9. Коэффициент уровня оказания медицинской помощи установлен приложением № 3.5.4 к настоящему Тарифному соглашению.

4.10. Оплата прерванных случаев лечения в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС проводится в неполном объеме, за исключением случаев, изложенных в приложении № 3.5.3.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, являющееся классификационным критерием отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 85% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство, не проводилось, случай оплачивается в размере:

- при длительности три дня и менее – в размере 30% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более трех дней – 55% от стоимости КСГ.

4.11. При лечении пациента, направленного на введение лекарственного препарата, приобретенного за счет иных источников (льготное обеспечение, гуманитарная помощь и прочее), для формирования тарифа необходимо использовать группу КСГ ds36.002.

4.12 Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) в условиях дневного стационара в рамках базовой программы ОМС на 2024 год установлен в Приложении № 3.5.7.

5. Тарифы в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации

5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций установлен приложением № 2.4.1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.1.1. Коэффициент уровня оказания скорой медицинской помощи вне медицинских организаций установлен приложением № 2.4.2 к настоящему Тарифному соглашению.

5.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по сверх базовой Программе ОМС установлен приложением № 2.4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.3. Средний подушевой норматив финансирования в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

5.3.1. базовой Программы ОМС составляет 1 038,00 рублей;

5.3.2. сверх базовой Программы ОМС в сумме 85,20 рублей.

5.4. На основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, определяется размер средств на оплату скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

$$ОС_{СМП} = (Н_{ОСМП} \times Н_{ФЗСМП}) \times Ч_3 - ОС_{МТР}, \text{ где:}$$

- $ОС_{СМП}$ объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного, рублей;
- $Н_{ОСМП}$ средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;
- $Н_{ФЗСМП}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;
- $ОС_{МТР}$ объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей;
- $Ч_3$ численность застрахованного населения Калининградской области, человек.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$ФО_{СР}^{СМП} = \frac{ОС_{СМП}}{Ч_3} = 1\,038,00 \text{ рублей,}$$

где:

- $ОС_{СМП}$ объем средств на оплату скорой медицинской помощи,

оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей;

Ч₃ численность застрахованного населения Калининградской области, человек.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из размера среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями:

$$ПН_{БАЗ} = \frac{ОС_{СМП} - ОС_{В}}{Ч_3 \times КД}$$

ПН_{БАЗ} базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

ОС_В объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным за вызов с применением тромболитической терапии, рублей;

КД единый коэффициент дифференциации

ПН _{БАЗ}	на 01.01.2024г.
на год, руб.	1 036,04
в месяц, руб.	86,34

5.5. Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлен приложением № 3.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС установлен приложением № 3.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

5.6. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлены приложением № 3.6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{41 \times \text{пн}_{\text{БАЗ}} \times Ч_3 \times \text{КД}}{\sum_i (\text{ДПн}^i \times Ч_3^i)}$$

	на 01.01.2024г.
ПК	1,000116

5.7. Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования станции (отделений) скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлены приложением № 3.6.3 к настоящему Тарифному соглашению.

5.8. Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой Программы ОМС в разрезе медицинских организаций производится на основании численности застрахованных лиц, установленной по зонам обслуживания (совместный приказ Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 20 ноября 2023 года № 730/437 «Об утверждении количества бригад скорой медицинской помощи, перечня зон обслуживания медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь на 2024 год»).

5.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой скорой медицинской помощью вне медицинской организации установлены приложением № 3.6.4 в рамках базовой и сверх базовой Программы ОМС.

6. Оплата случаев экстракорпорального оплодотворения (ЭКО)

6.1. В рамках проведения программы ЭКО в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий выделяются следующие этапы:

1. Стимуляция суперовуляции;
2. Получение яйцеклетки;
3. Экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов;
4. Внутриматочное введение (перенос) эмбрионов.
5. Дополнительно в процессе проведения процедуры цикла ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на III этапе эмбрионов.

Хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», отражающих проведение различных этапов цикла ЭКО.

В случае если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции) («ivf2»), I-II этапов (получение яйцеклетки) («ivf3»), I-III этапов (экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов) без последующей криоконсервации эмбрионов («ivf4»), оплата случая

осуществляется по КСГ ds02.009 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2)».

В случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов без переноса эмбрионов («ivf5»), а также проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО без осуществления криоконсервации эмбрионов («ivf6»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

В случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО с последующей криоконсервацией эмбрионов («ivf7»), оплата случая осуществляется по КСГ ds02.011 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 4)».

В случае проведения цикла ЭКО с применением криоконсервированных эмбрионов («ivf1»), случай госпитализации оплачивается по КСГ ds02.008 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1)».

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для оказания медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении представляет собой усредненную стоимость случая ЭКО с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов и не эквивалентен стоимости КСГ ds02.010 «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 3)».

6.2. Средний норматив финансовых затрат на 1 случай экстракорпорального оплодотворения, утвержденный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, соответствует стоимости полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов, но представляет собой усредненную стоимость случая экстракорпорального оплодотворения с учетом проведения у части пациентов неполных циклов и проведения в отдельных случаях полного цикла с криоконсервацией эмбрионов.

7. Тарифы на оплату случаев лечения при оказании услуг диализа

7.1 Оплата медицинской помощи, оказанной пациентам, получающим услуги диализа:

- в амбулаторных условиях, осуществляется за услугу диализа;
- в условиях дневного стационара за услугу диализа, и при необходимости, в сочетании с КСГ, учитывающей основное (сопутствующее) заболевание;
- в условиях круглосуточного стационара за законченный случай заболевания только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

7.2 Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, осуществляется за случай лечения. Учитывая пожизненный

характер проводимого лечения и постоянное количество услуг в месяц у подавляющего большинства пациентов, в целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи пациентам с хронической почечной недостаточностью принимается среднее количество услуг диализа, проведенного в условиях дневного стационара в течении одного месяца лечения;

7.3. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания высокотехнологичной медицинской помощи. В стационарных условиях к законченному случаю относится лечение в течении всего периода нахождения пациента в стационаре.

7.4. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа – в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационара - 7 134,43 рублей.

7.5. Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа – в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационара - 6 157,07 рублей.

7.6. Коэффициенты относительной затроемкости к базовым тарифам для оплаты проведение заместительной почечной терапии методом диализа установлены приложением № 3.7.1 к настоящему 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

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 устанавливается согласно приложению № 4.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

V. Заключительные положения

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2024 года и действует по 31.12.2024 года.

2. Тарифное соглашение, а также документы, принятые в рамках Тарифного соглашения, являются обязательными для всех участников системы ОМС Калининградской области.

3. Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено. Изменения и дополнения оформляются решением Тарифной комиссии в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания.

4. Базовые тарифы могут индексироваться в случае поступления дополнительных средств на реализацию территориальной программы ОМС в

2024 году сверх утвержденных в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов» ассигнований, или в случае перераспределения финансовых средств при исполнении территориальной программы ОМС в 2024 году.

Подписи сторон

Министерство здравоохранения
Калининградской области



Министр
Кравченко Александр Юрьевич

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Калининградской
области



Директор
Демина Татьяна Владимировна

Страховые медицинские
организации



Директор Калининградского
филиала
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»
Дивакова Лариса Владимировна

Медицинские профессиональные
некоммерческие организации



Председатель региональной
общественной организации
«Врачебная палата
Калининградской области»
Краснова Ольга Геннадиевна

Профессиональные союзы
медицинских организаций



Заместитель председателя
Калининградского областного
объединения организаций
профсоюзов
Орлова Елена Васильевна