

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ
В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
НА 2024 ГОД**

29 декабря 2023 года

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Уполномоченный орган исполнительной власти Ленинградской области - Комитет по здравоохранению Ленинградской области, в лице председателя комитета Жаркова Александра Вячеславовича, действующего на основании Положения о Комитете по здравоохранению Ленинградской области,

Территориальный фонд - Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ленинградской области, в лице Врио директора Селезнёвой Натальи Михайловны, действующей на основании Положения о Территориальном фонде и распоряжения Правительства Ленинградской области от 30.06.2023г. №458-р,

Представители страховых медицинских организаций - ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед», в лице директора Северо-Западного филиала Еремеева Юрия Алексеевича, действующего на основании Положения и доверенности,

Представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций - Региональная общественная организация «Врачебная палата Ленинградской области», в лице председателя Костюшова Евгения Васильевича, действующего на основании Устава,

Представители профессиональных союзов медицинских работников или их объединений (ассоциаций) - Межрегиональная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация Профсоюза работников здравоохранения РФ, в лице председателя Элиовича Иосифа Григорьевича, действующего на основании Устава,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение по обязательному медицинскому страхованию в Ленинградской области на 2024 год (далее – Тарифное соглашение на 2024 год) о нижеследующем:

Тарифное соглашение разработано и заключено в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон №326-ФЗ),
- Федеральным законом от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон №323-ФЗ),
- Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012г. №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики»,
- Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»,
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023г. №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа),
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019г. №108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС),
- Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011г. №29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Приказ Минздравсоцразвития РФ №29н),
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017г. №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»,
- Приказом Минздрава РФ от 10.02.2023г. №44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования),
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011г. №79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее – Приказ ФОМС №79),

и на основании:

- Постановления Правительства Ленинградской области от 29.12.2023г. №992 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области на 2024 год и плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – ТПОМС в ЛО),

- Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 29.12.2023г. №610-О «Об утверждении перечня территориальных зон обслуживания граждан, зарегистрированных или проживающих в Ленинградской области, прикрепленных к медицинским организациям Ленинградской области, оказывающим первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу»,
- Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 11.12.2023г. №629-О «Об утверждении распределения медицинских организаций Ленинградской области в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи на 2024 год»,
- Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 21.12.2022 г. № 622-О «О совершенствовании медицинской помощи взрослым пациентам с сахарным диабетом в Ленинградской области»,
- Распоряжения Комитета по здравоохранению Ленинградской области от 01.11.2023 г. № 557-О «О создании в Ленинградской области дневных стационаров для лечения пациентов с хроническим вирусным гепатитом С в рамках системы обязательного медицинского страхования»,
- Протокола заседания №15 от 29.12.2023г. Комиссии по разработке Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области,
- других федеральных и региональных нормативных правовых актов, регулирующих отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием.

Предмет Тарифного соглашения

В соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона №326-ФЗ предметом настоящего Тарифного соглашения являются установленные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования является составной частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области и соответствует базовой программе обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой)).

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ЛЕНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

В соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и разделом IV Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области Сторонами установлены следующие способы оплаты медицинской помощи:

при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), 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 здравпунктов, 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 (далее - Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях);

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

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

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

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

за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении №17 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением №18 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

- по подушевому нормативу финансирования (далее – Подушевой норматив по скорой медицинской помощи).

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

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

соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

При оплате 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 применяется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее – Подушевой норматив на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, 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 расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов.

При невозможности проведения в медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный гражданин, исследований или консультаций специалистов, учтенных в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц, такие медицинские услуги оказываются в иных медицинских организациях по направлению врача и оплачиваются в порядке, установленном в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 7 Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2024 год:

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей, - 1230,5 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 901 до 1500 жителей, - 2460,9 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 1501 до 2000 жителей, - 2907,1 тыс. рублей;

для фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего до 100 жителей, рассчитан с учетом коэффициента уровня медицинской организации 0,95 к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей 1 168,98 тыс. руб. (расчетное значение $0,95 \times 1\ 230,50$ тыс. руб. = 1 168,98 тыс. руб.).

В случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитываемого с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей и более 2000 жителей, устанавливается субъектом Российской Федерации с учетом понижающего или повышающего коэффициента в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским здравпунктом или фельдшерско-акушерским пунктом, к размеру финансового обеспечения фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 101 до 900 жителей и обслуживающего от 1501 до 2000 жителей.

При этом размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов должен обеспечивать сохранение достигнутого соотношения между уровнем оплаты труда отдельных категорий работников бюджетной сферы, определенных Указом Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. N 597 "О мероприятиях по реализации государственной социальной политики", и уровнем средней заработной платы в соответствующем регионе.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты, определяется исходя из подушевого норматива финансирования и количества лиц, прикрепленных к ней, а также расходов на фельдшерские здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты исходя из их количества в составе медицинской организации и среднего размера их финансового обеспечения, установленного в настоящем разделе.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю

"медицинская реабилитация", оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, в том числе в референс-центрах, проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования пациентов из числа ветеранов боевых действий, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования. Возможно также установление отдельных тарифов на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в целях проведения взаиморасчетов между медицинскими организациями, в том числе для оплаты медицинских услуг референс-центров.

По медицинским показаниям и в соответствии с клиническими рекомендациями медицинские работники медицинских организаций, расположенных в малонаселенных, отдаленных и (или) труднодоступных населенных пунктах организуют проведение консультации с использованием дистанционных (телемедицинских) технологий с последующим внесением соответствующей информации о проведении и результатах такой консультации в медицинскую документацию пациента.

При этом финансовое обеспечение оказания медицинской помощи осуществляется с учетом передачи медицинскими организациями структурированных электронных медицинских документов в порядке и в соответствии с перечнем, установленными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, приводится в Приложении 1 к Тарифному соглашению.

III. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Порядок формирования тарифов на оплату на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию установлен в соответствии с Федеральным законом №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздрава России №108н, Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023г. №2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» и Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда

обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации).

В соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ленинградской области структура тарифов на оплату медицинской помощи в плановой, экстренной и неотложной формах включает в себя расходы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2021г. №323, и с Федеральным законом от 29.11.2021г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. 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 трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования, расходы на арендную плату, в том числе на финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации <15> <10.2>, при отсутствии у медицинской организации в течение трех месяцев просроченной кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования с ограничением платежа в размере до одного миллиона рублей в год за один объект лизинга. В случае наличия у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности в течение трех месяцев, то расходы на финансовую аренду объектов (лизинг) или приобретение предмета лизинга включаются в размере, не превышающем ста тысяч рублей.

Тарифы на оплату медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе обязательного медицинского страхования способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную

плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

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

медицинским работникам фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам, медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным, за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Оплата труда медицинских работников по проведению профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию, осуществляется в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации с учетом работы за пределами установленной для них продолжительности рабочего времени.

В рамках Территориальной программы ОМС бесплатно предоставляются:

первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная медицинская помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

2. Размеры тарифов на оплату медицинской помощи определены дифференцированно с учетом уровня/подуровня медицинской организации, и указаны в следующем перечне:

«Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи, в разрезе условий оказания медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 2 к Тарифному соглашению.

2.1. При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи, используемого при оплате медицинской помощи способами

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи,

установлены:

2.1.1. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (далее – КД_{пв}):

согласно Приложению 3 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.»,

согласно Приложению 4 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.».

2.1.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу финансирования:

- на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включает:

- посещения с иными целями, за исключением посещений школы для больных сахарным диабетом,
- посещения в неотложной форме,
- обращения в связи с заболеваниями.

- на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи включает:

- посещения с иными целями, за исключением посещений школы для больных сахарным диабетом,
- посещения в неотложной форме,
- обращения в связи с заболеваниями,
- случаи лечения в условиях дневных стационаров, включая оказание медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С,
- случаи госпитализации в условиях круглосуточного стационара (за исключением ВМП).

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу финансирования:

- на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, в том числе оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, включает расходы на оплату медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, медицинскую помощь, оказываемую в

соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с иными целями, обращение в связи с заболеванием, посещение в неотложной форме, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов).

- на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, в том числе оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи, включает расходы на оплату медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – за посещение с иными целями, за обращение в связи с заболеванием, за посещение в неотложной форме, за случай лечения в условиях дневного стационара, включая оказание медицинской помощи больным с вирусным гепатитом С, за госпитализацию в стационарных условиях, а также расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий и проведение исследований на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов).

2.1.3. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне Подушевого норматива финансирования:

- Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне Подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, включает:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров,
- комплексные посещения для проведения диспансеризации, в том числе для проведения углубленной диспансеризации, и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин,
- проведение 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной

терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),

- комплексные посещения по профилю "Медицинская реабилитация",
- комплексные посещения по диспансерному наблюдению, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях,
- услуги амбулаторного диализа (сеансы диализа),
- комплексные посещения школы для больных сахарным диабетом,
- медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

- Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется **вне Подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи**, включает:

- комплексные посещения для проведения профилактических осмотров отдельных категорий граждан,
- комплексные посещения при проведении всех видов диспансеризации, и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе для проведения углубленной диспансеризации,
- проведение 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),
- комплексные посещения по профилю "Медицинская реабилитация",
- комплексные посещения по диспансерному наблюдению, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях,
- услуги амбулаторного диализа (сеансы диализа),
- комплексные посещения школы для больных сахарным диабетом,
- случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара по профилю "Медицинская реабилитация",
- медицинскую помощь, оказываемую застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования,
- случаи госпитализации по высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется вне Подушевого норматива финансирования:

- Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется **вне Подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) включает:

- 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,

- расходы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),

- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов,

- расходы на оплату оказания амбулаторной медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" (за комплексное посещение),

- расходы на оплату за комплексное посещение при проведении всех видов диспансеризации, в т.ч. углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин и профилактических осмотров отдельных категорий граждан,

- расходы на оплату за комплексные посещения по диспансерному наблюдению, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях,

- расходы на оплату услуг амбулаторного диализа (сеансы диализа),

- расходы, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Ленинградской области, в медицинских организациях Ленинградской области, не имеющих прикрепленное застрахованное население,

- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования,

- расходы на оплату комплексных посещений школы для больных сахарным диабетом,

- расходы на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, установленные в размере 0,2 процента от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

- Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется **вне Подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи**, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) включает:

- 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии,
- расходы на оплату тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19),
- расходы на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов),
- расходы на оплату оказания амбулаторной медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" (за комплексное посещение),
- расходы на оплату за комплексное посещение при проведении всех видов диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в т.ч. углубленной диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан,
- расходы на оплату за комплексные посещения по диспансерному наблюдению, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях,
- расходы на оплату услуг амбулаторного диализа (сеансы диализа),
- расходы на высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП),
- расходы, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях стационара и дневного стационара за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Ленинградской области, в медицинских организациях Ленинградской области, не имеющих прикрепленное застрахованное население,
- расходы на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования,
- расходы на оплату оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "Медицинская реабилитация",
- расходы на оплату комплексных посещений школы для больных сахарным диабетом,
- расходы на выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, установленные в размере 0,2 процента от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

2.1.4. 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 в амбулаторных условиях составляет (руб.):

Виды и условия оказания медицинской помощи	Единица измерения	Стоимость единицы объема медицинской помощи (норматив)
--	-------------------	--

		финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи)
2. Первичная медико-санитарная помощь, за исключением медицинской реабилитации		
2.1 в амбулаторных условиях:		
2.1.1 посещения с профилактическими и иными целями, всего	Посещение /комплексное посещение	1025,6
для проведения профилактических медицинских осмотров	комплексное посещение	2240,2
для проведения диспансеризации, всего, в том числе:	комплексное посещение	3025,8
для проведения углубленной диспансеризации	комплексное посещение	1177,4
для оценки репродуктивного здоровья	комплексное посещение	1231,1
для посещений с иными целями	посещение	420,9
2.1.2 в неотложной форме	посещение	905,1
2.1.3 в связи с заболеваниями (обращений), всего, из них проведение следующих отдельных диагностических (лабораторных) исследований в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования	обращение	2158,2
компьютерная томография	исследование	2923,7
магнитно-резонансная томография	исследование	3992,2
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы	исследование	590,4
эндоскопическое диагностическое исследование	исследование	1082,6
молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний	исследование	9091,4
патологоанатомическое исследование биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии	исследование	2242,1
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)	исследование	434,0
2.1.4 диспансерное наблюдение	комплексное посещение	2229,9
2.1.4.1 онкологических заболеваний	комплексное посещение	3142,3
2.1.4.2 сахарного диабета	комплексное посещение	1186,4
2.1.4.3 болезней системы кровообращения	комплексное посещение	2638,1
....		

5. Медицинская реабилитация		
5.1 в амбулаторных условиях	комплексное посещение	21618,9

и по Подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в расчете на 1 застрахованное лицо устанавливаются согласно:

Фактическим дифференцированным подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц;

- по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, устанавливаются согласно:

Фактическим дифференцированным подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц.

2.1.5. Размеры базовых подушевых нормативов финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования:

- на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются согласно:

Фактическим дифференцированным подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц;

- на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи устанавливаются согласно:

Фактическим дифференцированным подушевым нормативам финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц.

2.1.6. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, учитывающих установленные в тарифном соглашении коэффициенты установлены:

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,

- по Подушевому нормативу на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи.

При этом при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц применяются следующие коэффициенты:

1) **коэффициенты дифференциации** на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – **КД_{от}**).

При этом критерии отдаленности установлены Комиссией по разработке ТПОМС в Ленинградской области, с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, – 1,113,

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих от 20 до 50 тысяч человек, – 1,04,

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих от 50 тысяч человек, – 1,0,

согласно Приложению 5 к Тарифному соглашению и учитываются при расчете Фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024 год и Фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024 год;

2) **коэффициенты половозрастного состава** (далее – **КД_{пв}**):

согласно Приложению 3 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.»,

согласно Приложению 4 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на

прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.»,

3) **коэффициенты уровня расходов** медицинских организаций (далее – **КД_{ур}**) учитывают особенности плотности населения, транспортную доступность, климатические и географические особенности, площади медицинской организации;

4) **коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы** медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в Ленинградской области (далее – **КД_{зп}**);

5) **коэффициент дифференциации по территориям** оказания медицинской помощи является единым для всей территории Ленинградской области, равен 1.

2.1.7. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга¹, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай), комплексные посещения), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ленинградской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, в амбулаторных условиях и по скорой медицинской помощи установлены в следующих Сборниках тарифов:

– «Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 6 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., согласно Приложению 7 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 8 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) при оказании медицинских услуг по амбулаторной медицинской помощи по поводу

¹ Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 7 ноября 2017 г., регистрационный № 48808) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 16 апреля 2019 г. № 217н, от 5 марта 2020 г. № 148н.

заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 9 к Тарифному соглашению,

– «Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 10 к Тарифному соглашению, в котором установлен Базовый тариф на оплату гемодиализа (код услуги А18.05.002 «Гемодиализ»), в соответствии с Методическими рекомендациями, с учетом коэффициентов относительной затратоемкости.

2.1.8 Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц (включая показатели объема медицинской помощи), по всем видам и условиям оказания медицинской помощи и при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, устанавливаются в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 10.02.2023г. №44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Перечень медицинских организаций (групп медицинских организаций) с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций (групп медицинских организаций), устанавливается в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 10.02.2023г. №44н «Об утверждении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения».

Размеры, порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности, а также критерии их оценки (включая целевые значения), финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц:

- при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях,
- по всем видам и условиям оказания медицинской помощи,

устанавливаются в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.1.9. Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающих критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об

организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», а также с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитанного с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения в случае оказания медицинской помощи фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером или медицинской сестрой (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем) установлен согласно Приложению 11 к Тарифному соглашению:

«Финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках базовой) на 2024г., с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат, учитывающих критерий соответствия (несоответствия) требованиям, установленным об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

При оплате амбулаторной стоматологической медицинской помощи по посещениям и обращениям рекомендуется учитывать условные единицы трудоемкости (УЕТ). Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях указано в Приложении 12 к Тарифному соглашению.

2.2. При определении тарифов за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, по способам оплаты медицинской помощи за законченный/прерванный случай лечения заболевания, включенного в группу заболеваний (в том числе КСГ), применяемых в том числе при проведении межтерриториальных расчетов, установлены:

2.2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу

объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования:

10 043,2 руб. норматив финансовых затрат на одно застрахованное лицо в стационарных условиях, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС,

1 929,1 руб. норматив финансовых затрат на одно застрахованное лицо в условиях дневного стационара, установленный территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС.

2.2.2. Перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлены в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях, согласно Приложению 13 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара, согласно Приложению 14 к Тарифному соглашению.

2.2.3 Размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) в разрезе условий оказания указанной медицинской помощи устанавливается не менее:

- в стационарных условиях – 28 003,89 руб., что составляет 65% от норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой,

- в условиях дневного стационара – 16 025,94 руб., что составляет 60% от норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования в рамках базовой.

2.2.4. Значения коэффициентов:

1) коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи в Ленинградской области, является единым, равным 1.

2) коэффициентов специфики оказания медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях,
- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара

устанавливаются в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

Применение коэффициентов специфики осуществляется с учетом приложений:

Перечня КСГ в стационарных условиях, к которым не применяются понижающие коэффициенты специфики (КС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Перечня КСГ в стационарных условиях, к которым не применяются повышающие коэффициенты специфики (КС) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

установленных в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

3) коэффициентов сложности лечения пациента (далее – КСЛП) установленных за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, согласно Приложению 15 к Тарифному соглашению.

При расчете тарифа на оплату медицинской помощи значения коэффициентов сложности лечения пациента применяются к размеру базовой ставки, скорректированному с учетом коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, за исключением коэффициента сложности лечения пациентов при проведении сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых.

4) коэффициентов уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь,

и устанавливаются по условиям оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара.

2.2.5. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении пациентов в возрасте 18 лет и старше устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

Оплата случая лечения по двум и более КСГ устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.2.6. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, установлены по условиям оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара,

в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

Основные параметры оплаты медицинской помощи по КСГ, определяющие стоимость законченного случая лечения, установлены в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.2.7. Тарифы на оплату услуг диализа в стационарных условиях и в условиях дневного стационара установлены согласно Приложению 16 к Тарифному соглашению:

«Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.».

2.2.8. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации.

К отдельным КСГ, медицинская помощь по которым оказывается преимущественно на одном уровне, либо имеющие высокую степень стандартизации медицинских технологий, и предусматривающие (в большинстве случаев) одинаковое применение методов диагностики и лечения в различных уровнях оказания помощи (например, аппендэктомия), коэффициент уровня (подуровня) при оплате не применяется (принимается равным 1). Исчерпывающий перечень таких КСГ в стационарных условиях устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.2.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно.

Перечни КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее установлены в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- за медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях, согласно Приложению 17 к Тарифному соглашению,

- за медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара, согласно Приложению 18 к Тарифному соглашению.

2.2.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в разрезе условий оказания медицинской помощи:

- в стационарных условиях,

- в условиях дневного стационара,

устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.2.11. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи по перечню высокотехнологичной медицинской помощи, установленному в территориальной программе обязательного медицинского страхования, в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления высокотехнологичной помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, приведенной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, применяемые в том числе при проведении межтерриториальных расчетов, установлены в Приложении 19 к Тарифному соглашению:

«Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.».

Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – проведение межтерриториальных расчетов), осуществляется в соответствии с тарифами, установленными тарифным соглашением по месту оказания медицинской помощи, устанавливается в соответствии с нормативными документами федерального уровня.

2.3. При определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи

установлены:

2.3.1. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу финансирования по скорой медицинской помощи включает:

- вызовы по скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, в том числе с проведением тромболизиса.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, включает:

- расходы на оплату медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах, в том числе с проведением тромболизиса.

2.3.2. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется вне Подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи и включает:

- вызовы по скорой (специализированной) медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, в том числе с проведением тромболизиса, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

Перечень расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется вне Подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи, включает:

- расходы на оплату медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой), в том числе скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах, в том числе с проведением тромболизисом, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

2.3.3. 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 по Подушевому нормативу финансирования по скорой медицинской помощи, в расчете на 1 застрахованное лицо установлен:

согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по скорой медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц».

2.3.4. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по Подушевому нормативу финансирования по скорой медицинской помощи, согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению:

«Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по скорой медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц».

2.3.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций, на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, учитывающих установленные в тарифном соглашении коэффициенты, установлены:

- по Подушевому нормативу по скорой медицинской помощи, согласно Приложению 20 к Тарифному соглашению, с учетом:

1) коэффициентов половозрастного состава (далее – **КД_{пв}**):

согласно Приложению 21 к Тарифному соглашению «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.»;

2) **коэффициентов уровня расходов** медицинских организаций (далее – **КД_{ур}**) учитывающих особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации;

3) **коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы** медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ленинградской области (далее – **КД_{зп}**);

4) **коэффициента дифференциации по территориям** оказания медицинской помощи является единым для всей территории Ленинградской области, равен 1.

2.3.6. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (вызов), применяемые в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Ленинградской области лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, по скорой медицинской помощи установлены в следующих Сборниках тарифов:

– «Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.», согласно Приложению 22 к Тарифному соглашению.

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

Для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области на 2024 год Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в соответствии с п.9.1 части 1 статьи 7 Федерального закона N 326-ФЗ, методики исчисления размеров 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, устанавливаемой Правилами обязательного медицинского страхования, утверждёнными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 г. N 108н, установлен согласно Приложению 23 к Тарифному соглашению.

Основные подходы к использованию коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание,

несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества на 2024г. установлены согласно Приложению 24 к Тарифному соглашению.

V. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями устанавливает Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ленинградской области в разрезе медицинских организаций по видам, формам и условиям предоставления медицинской помощи на условиях недопущения превышения общих объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных территориальной программой в части базовой программы обязательного медицинского страхования и не включаются в состав Тарифного соглашения.

В целях осуществления контроля эффективности деятельности медицинских организаций, в том числе расположенных в городской и сельской местности, производится их оценка в соответствии с методикой расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

VI. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2024 года и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи по дате окончания лечения с 01 января 2024 года (включительно) по 31 декабря 2024 года (включительно).

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

Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

Приложение 1 – Перечень медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Ленинградской области, в разрезе условий оказания медицинской помощи и применяемых способов оплаты медицинской помощи, по ТПОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 2 – Перечень медицинских организаций, распределенных по уровням/подуровням оказания медицинской помощи, в разрезе условий оказания медицинской помощи в соответствии с ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 3 – Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 4 – Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 5 – Коэффициенты дифференциации, применяемые к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала и критерии отдаленности для расчета коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот) с установлением значений указанного коэффициента по каждой медицинской организации, включая сведения о численности обслуживаемого населения (до 20 тыс. и свыше 20 тыс. человек), по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 6 – Сборник тарифов на оплату посещений в неотложной форме в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 7 – Сборник тарифов на оплату исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую короновирусную инфекцию (COVID-19) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 8 – Сборник тарифов на оплату обращений в связи с заболеваниями при оказании медицинской помощи по профилю "Медицинская реабилитация" в амбулаторных условиях по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 9 – Сборник тарифов на оплату тестирования групп риска на выявление новой коронавирусной инфекции (далее - COVID-19) и на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов) при оказании медицинских услуг по амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 10 – Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 11 – Финансовое обеспечение фельдшерских пунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (далее - ФП, ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с ТП ОМС (в рамках базовой) на 2024г., с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат, учитывающих критерий соответствия (несоответствия) требованиям, установленным об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению,

Приложение 12 – Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 13 – Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях, значения коэффициентов относительной затратоёмкости оказания медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 14 – Перечень групп заболеваний, состояний для оплаты первичной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара, значения коэффициентов относительной затратоёмкости оказания медицинской помощи, доли заработной платы в структуре затрат по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 15 – Перечень случаев в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 16 – Сборник тарифов на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 17 – Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) в стационарных условиях с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 18 – Перечень заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний) в условиях дневного стационара с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 19 – Сборник тарифов на оплату законченного случая лечения в стационарных условиях (с использованием ВМП) по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 20 – Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по скорой медицинской помощи, с коэффициентами по медицинским организациям по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г., в месяц.,

Приложение 21 – Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования по скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 22 – Сборник тарифов за вызов скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 23 – Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.,

Приложение 24 – Основные подходы к использованию коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской

организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по ТП ОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.

Подписи Сторон:

Комитет по
здравоохранению
Ленинградской
области



А.В. Жарков

Территориальный
фонд обязательного
медицинского
страхования
Ленинградской
области



Н.М. Селезнева

ООО «Страховая
медицинская
компания
РЕСО-Мед»



Ю.А. Еремеев

Региональная
общественная
организация
«Врачебная
палата
Ленинградской
области»



Е.В. Кослюшов

Межрегиональная
Санкт-Петербурга
и Ленинградской
области



организация
Профсоюза
работников
здравоохранения
РФ

И.Г. Элиович

СБОРНИК ТАРИФОВ

на оплату медицинских услуг (Гемодиализ) при оказании амбулаторной медицинской помощи по поводу заболевания, по отдельным лечебно-диагностическим процедурам по ТПОМС в ЛО (в рамках базовой) на 2024г.

Уровень/подуровень медицинской организации: 1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3

Условие оказания медицинской помощи: амбулаторно

Форма оказания медицинской помощи: Плановая, экстренная, неотложная

Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (сеанс):

6 764,70 рублей

№ п/п	Профиль медицинской помощи	Код услуги	Подгруппа планирования по профилю медицинской помощи	Наименование тарифа	Уровень 1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 3			Вид медицинской помощи	Специальность медицинского персонала	Примечание
					Коэффициент, применяемый для определения стоимости каждой единицы объема	Тариф, руб.	1 сеанс			
1		3	4	5	6	7	8	9	10	
1	Нефрология	A18.05.002.002	Гемодиализ ИН	Гемодиализ ИН	0,9877630	6 681,92	ПС	нефрология		
		A18.05.002.001	Гемодиализ ИВ	Гемодиализ ИВ	1,0371500	7 016,01		нефрология		
		A18.05.011	Гемодиализ-трация	Гемодиализ-трация	1,0667830	7 216,47		нефрология		

Принятые обозначения:

ИН интермиттирующий низкопоточный

ИВ интермиттирующий высокопоточный