

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

(Ставрополь, 24 января 2025 года)

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Основания заключения тарифного соглашения

Настоящее тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края (далее соответственно - тарифное соглашение, ОМС) заключено в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон), приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940, Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Ставропольского края на 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов, утверждённой постановлением Правительства Ставропольского края от 27.12.2024 № 784-п (далее – Территориальная программа).

1.2. Предмет тарифного соглашения

1.2.1. Предметом тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой за счёт средств ОМС (далее – тариф) на территории Ставропольского края.

1.2.2. Настоящее тарифное соглашение регулирует правоотношения сторон, а также страховых медицинских и медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (далее соответственно – страховая организация, медицинская организация), возникающие при формировании тарифов и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

1.2.3. Основные термины, понятия и сокращения, применяемые в данном тарифном соглашении, приведены в приложении 1 к настоящему тарифному соглашению.

1.3. Стороны тарифного соглашения

На основании статей 30 и 36 Федерального закона, статьи 79 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сторонами тарифного соглашения являются министерство здравоохранения Ставропольского края (далее – министерство), Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края (далее – фонд), акционерное общество «Страховая компания «СОГАЗ-Мед», общество с ограниченной ответственностью «Страховая компания «Ингосстрах-М», общественная организация «Врачи Ставропольского края», Ставропольская краевая организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице уполномоченных представителей.

II. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

При оплате медицинской помощи, оказываемой в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Ставропольского края применяются следующие способы оплаты:

2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. 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 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), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углублённой диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учётом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объёма медицинской помощи), перечень которых установлен в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению, в том числе

с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объёма медицинской помощи.

Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций на территории Ставропольского края установлен в приложении 2 к настоящему тарифному соглашению.

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, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведённых медицинскими организациями, не имеющими прикреплённого населения, 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, включённым в базовую программу обязательного медицинского страхования, а также второй этап диспансеризации отдельных групп взрослого населения.

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФДПн, определены в таблице 1 приложении 3 к настоящему тарифному соглашению.

2.1.3. За единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

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

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

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

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы,

эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

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

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

медицинской помощи при её оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в форме школы здоровья или школы пациента;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.4. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (структурные подразделения медицинских организаций) и не имеющие прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объёма медицинской помощи, определены в таблице 1 и 2 приложения 4 к настоящему тарифному соглашению.

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях (далее - госпитализация), в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

2.2.1. За случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включённого 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.

2.2.2. 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 объёме 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, приведённых в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.2.3. За счёт средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования осуществляется финансовое обеспечение проведения 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, включённых в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

При этом возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение, на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

2.2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, определён в приложении 6 к настоящему тарифному соглашению.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

2.3.1. За случай (законченный случай) лечения заболевания, включённого 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).

2.3.2. 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 объёме 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 5 к настоящему тарифному соглашению, в том числе с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

2.3.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, определён в приложении 7 к настоящему тарифному соглашению.

2.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.4.1. По подушевому нормативу финансирования.

2.4.2. За единицу объёма 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).

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, определен в таблице 3 приложения 4 и таблице 1 приложения 8 к настоящему тарифному соглашению.

2.5. Особенности применения способов оплаты медицинской помощи

Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи установлены приложением 9 к настоящему тарифному соглашению.

III. ТАРИФЫ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1.1. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в зависимости от формы, вида и условий оказания медицинской помощи по способам оплаты медицинской помощи, указанным в разделе 2 настоящего тарифного соглашения, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования, направленные совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 19.02.2024 N 31-2/200/00-10-26-2-06/2778.

3.1.2. Размер тарифа на оплату медицинской помощи определяется дифференцированно с учётом уровня медицинской организации (структурного подразделения). Распределение медицинских организаций (структурных подразделений) по уровням медицинской помощи указано в приложениях 3 – 4, 6 – 8 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.3. В соответствии с Территориальной программой структура тарифов на оплату медицинской помощи включает в себя расходы в соответствии с частями 7, 8 статьи 35 Федерального закона:

расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

расходы на приобретение лекарственных средств, расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов;

расходы на приобретение продуктов питания;

расходы на приобретение мягкого инвентаря;

расходы на приобретение материальных запасов, расходы на организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), 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, расходы на 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 Ставропольского края не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счёт средств ОМС.

Средствами обязательного медицинского страхования компенсируются включённые в структуру тарифов и обусловленные оказанием медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию расходы (затраты) медицинских организаций.

3.1.4. Порядок расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС на территории Ставропольского края приведён в приложении 10 к настоящему тарифному соглашению.

3.1.5. Значение коэффициента дифференциации установлено в размере 1,002 для всей территории Ставропольского края.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях

3.2.1. По тарифу ФДПн оплачивается оказываемая медицинскими организациями, имеющими прикрепившихся лиц, в амбулаторных условиях первичная медико-санитарная помощь за исключением:

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

определённых настоящим тарифным соглашением отдельных медицинских услуг (в соответствии с приложением 11 к настоящему тарифному соглашению);

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

медицинской помощи при её оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в форме школы здоровья или школы пациента;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

услуг диализа;

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

медицинской помощи, оказываемой врачом травматологом-ортопедом травматологического пункта, стоматологической медицинской помощи;

финансового обеспечения фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов.

3.2.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи определён на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 7918,58 рублей. Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

3.2.3. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях составляет 130,31 рублей в месяц с учётом коэффициента дифференциации 1,002.

3.2.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп установлены в таблице 2 приложения 3 к настоящему тарифному соглашению.

Коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учётом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (далее – КДот) установлены в таблице 1 приложения 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.5. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц рассчитаны исходя из базового подушевого норматива на прикрепившихся лиц, а также:

коэффициентов дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учётом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдалённых территориях, посёлках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;

коэффициентов половозрастного состава;

коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации);

коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Ставропольском крае;

и установлены в таблице 1 приложения 3 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.6. Базовые нормативы финансовых затрат, тарифы на оплату единицы объёма медицинской помощи (медицинской услуги):

профилактических медицинских осмотров установлены в приложении 12 к настоящему тарифному соглашению;

диспансеризации, в том числе углублённой диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в том числе проводимой мобильной медицинской бригадой – установлены в приложении 13 к настоящему тарифному соглашению (тариф комплексного посещения, проводимого мобильной медицинской бригадой, а также комплексного посещения в выходные и праздничные дни, установлен с учётом повышающего коэффициента 1,05);

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме установлены в приложении 14 к настоящему тарифному соглашению;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований, – установлены в приложении 11 к настоящему тарифному соглашению;

посещений, обращений в связи с заболеванием, комплексных посещений по медицинской реабилитации, дистанционному консультированию с применением телемедицинских технологий, школ пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, – установлены в приложении 15 к настоящему тарифному соглашению;

услуг диализа – установлены в приложении 16 к настоящему тарифному соглашению.

Базовые нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи для проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации за счёт средств ОМС установлены с учётом в том числе расходов, связанных с использованием систем поддержки принятия врачебных решений (медицинских изделий с применением искусственного интеллекта, зарегистрированных в установленном порядке) (при проведении маммографии), в соответствии с Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения, утверждённым приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н (в случае оказания соответствующей медицинской помощи).

Тариф медицинской услуги А26.08.019.23 «Молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки носоглотки на вирус гриппа (*Influenza virus*)» установлен в размере 418,84 рублей, медицинской услуги В03.014.006.001 «Комплекс для выявления возбудителей острых респираторных инфекций человека в клиническом материале методом полимеразной цепной реакции (РНК метапневмовируса, РНК вирусов парагриппа, РНК риновируса, РНК аденовируса, РНК бокавируса)» в размере 2 099,11 рублей. Оплата включена в тариф посещения, обращения и ФДПн.

По тарифу за единицу объёма оплачивается медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, медицинская помощь, оказанная в медицинских организациях Ставропольского края лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края, а также медицинская помощь, не оплачиваемая по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, указанная в пункте 3.2.1 настоящего тарифного соглашения.

3.2.7. Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений, перечень ФП, ФАП, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт средств ОМС, диапазоны численности обслуживаемого населения, размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», значения коэффициентов специфики и поправочных коэффициентов, учитывающих в том числе долю женщин репродуктивного возраста, установлены в приложении 17 к настоящему тарифному соглашению.

3.2.8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяются с учётом КУСмо, которые приведены в таблице 1 настоящего тарифного соглашения, за исключением тарифов:

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

определённых настоящим тарифным соглашением отдельных медицинских услуг в соответствии с приложением 11 к настоящему тарифному соглашению;

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

проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

медицинской помощи при её оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в форме школы здоровья или школы пациента;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);

услуг диализа;

тарифов на оплату стоматологической помощи.

Таблица 1

Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи (КУСмо), применяемые медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях

№ стр.	Уровень оказания медицинской помощи	КУСмо
1.	1 уровень	0,95
2.	2 уровень	1,40

3.3. Тарифы на оплату дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий

3.3.1. По тарифу посещения оплачиваются случаи дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий, проводимые в региональных телемедицинских консультативных центрах по перечню, утвержденному приказом министерства здравоохранения Ставропольского края от 30.09.2022 № 01-05/1207 «О некоторых мерах по реализации на территории Ставропольского края приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий».

Оплате как посещения в случае отражения итогов консультирования в информационном ресурсе подлежат следующие формы дистанционного взаимодействия медицинских работников между собой:

дистанционное консультирование в режиме реального времени;

дистанционное консультирование в режиме отсроченной консультации;

дистанционное консультирование с участием нескольких специалистов (консилиум);

дистанционное консультирование с предоставлением заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 1 группы (ультразвуковая, эндоскопическая, функциональная, патологоанатомическое исследование);

дистанционное консультирование с предоставлением заключения (описание, интерпретация) по данным выполненного исследования 2 группы (рентгенодиагностика, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, позитронно-эмиссионная томография, радионуклидная диагностика).

Дистанционное консультирование с участием нескольких специалистов (консилиум) оплачивается по установленному тарифу посещения вне зависимости от режима его проведения.

Дистанционный консилиум способом применения телемедицинских технологий с привлечением одного специалиста – участника консилиума подлежит оплате по тарифу дистанционного консультирования в режиме реального времени или в режиме отсроченной консультации (исходя из режима выполненной консультации).

3.3.2. Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, включается в подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, оплачивается по отдельным тарифам на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, применяемых также для межучрежденческих и межтерриториальных расчетов, в том числе для референс-центров.

Затраты на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в стационарных условиях и в условиях дневного стационара учитываются при установлении коэффициента подуровня оказания медицинской помощи.

3.3.3. Тарифы на телемедицинские услуги приведены в приложении 15 к настоящему тарифному соглашению.

3.4. Тарифы на оплату стоматологической помощи

3.4.1. Базовый тариф на оплату случая оказания стоматологической помощи составляет 241,98 рублей, в котором доля фонда оплаты труда составляет не менее 80 процентов.

3.4.2. Тарифы на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг установлены в приложении 18 к настоящему тарифному соглашению.

3.4.3. К тарифам на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг не применяются установленные настоящим тарифным соглашением КУСмо.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях) и в условиях дневного стационара

3.5.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в расчёте на одно застрахованное лицо определён на основе нормативов объёмов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет:

для медицинской помощи в стационарных условиях – 7032,18 рубля;

для медицинской помощи в условиях дневного стационара – 1845,26 рублей.

Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации.

Перечень КСГ, коэффициенты затратоёмкости КСГ, коэффициенты специфики, коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи, тарифы КСГ для оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и условиях дневного стационара с учётом коэффициентов подуровня установлены в приложениях 19 и 20 к настоящему тарифному соглашению.

Тарифы КСГ, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов (ДЗП), определяются на основании базовой ставки, коэффициента относительной затратоёмкости (далее – КЗКСГ), с учётом применения коэффициента дифференциации (далее – КД), коэффициента специфики КСГ (далее – КСКСГ), КУСмо только к доле заработной платы и прочих расходов, и приведены в таблице 2 приложения 19 и таблице 2 приложения 20 к настоящему тарифному соглашению.

Коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации (далее – КДзпмо), устанавливаются к тарифам КСГ и приведены в приложениях 6 и 7 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.2. В составе следующих КСГ выделены подгруппы с учётом нижеуказанных квалификационных критериев:

КСГ «Лечение новорожденных с тяжелой патологией с применением аппаратных методов поддержки или замещения витальных функций» – в зависимости от средней длительности лечения пациентов.

3.5.3. Тарифы на оплату законченных случаев оказания ВМП, установлены в приложении 21 к настоящему тарифному соглашению с учётом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

К нормативу финансовых затрат на единицу объёма предоставления ВМП коэффициенты специфики, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников и подуровня не применяются.

3.5.4. К тарифам на оплату услуг диализа с учётом применения различных методов оказания медицинской помощи коэффициенты подуровня не применяются.

3.5.5. Коэффициент сложности лечения пациента (далее – КСЛП) устанавливается к тарифам КСГ исходя из базовой ставки, КД и установленного значения КСЛП и учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам в отдельных случаях. Стоимость КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» определяется без КД.

Перечень, значения и основания применения КСЛП приведены в таблицах 1 – 15 приложения 22 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.6. Коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, применяемые к тарифам на оплату оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара медицинской помощи, установлены в приложении 6 и 7 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.7. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, установлен в приложении 23 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.8. Особенности оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлены в приложении 9 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.9. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно установлен в приложении 5 к настоящему тарифному соглашению.

3.5.10. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию установлен в приложении 24 к настоящему тарифному соглашению.

3.6. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи

3.6.1. ФДПн скорой медицинской помощи включает расходы на оплату скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, за исключением расходов на оплату:

вызова скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи определен на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования и составляет 1211,37 рублей.

Базовый норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 100,06 рублей в месяц с учетом коэффициента дифференциации 1,002.

Установленный размер не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным за пределами Ставропольского края.

3.6.2. ФДПн скорой медицинской помощи рассчитан на основе базового подушевого норматива и коэффициентов, учитывающих половозрастной состав и уровень расходов медицинских организаций и установлены в приложении 8 к настоящему тарифному соглашению.

3.6.3. Базовый норматив финансовых затрат на оплату вызова скорой медицинской помощи составляет 9 909,78 рублей.

3.6.4. Тарифы вызова на оплату скорой медицинской помощи, в том числе в связи с проведением тромболитической терапии пациентов, вызова врачебной специализированной реанимационной бригады, в том числе при медицинской эвакуации, установлены в приложении 25 к настоящему тарифному соглашению.

По тарифу вызова скорой медицинской помощи не оплачивается медицинская помощь, оказанная неидентифицированным (в том числе неопознанным) или не застрахованным по ОМС пациентам, вызовы в связи с заболеваниями не предусмотренными территориальной программой ОМС, дежурства выездных бригад скорой медицинской помощи на массовых мероприятиях и при чрезвычайных ситуациях, безрезультатные вызовы, а также транспортировка пациентов выездными бригадами скорой медицинской помощи, не являющаяся медицинской эвакуацией.

3.7. Тарифы на оплату медицинской помощи, предоставляемой согласно сверхбазовой программе ОМС

3.7.1. Обращение, оплачиваемое согласно сверхбазовой программе ОМС – оказание в Центре охраны здоровья семьи и репродукции амбулаторно-поликлинической специализированной медицинской помощи с использованием современных медицинских технологий (за исключением методов вспомогательной репродукции) пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, не вынашивания беременности), нуждающимся в сохранении и восстановлении анатомофункционального состояния репродуктивной системы, имеющим генетически детерминированные нарушения репродукции и состояния, приводящие к репродуктивным потерям, а также беременным женщинам с гематологическими нарушениями, включающей необходимые диагностические обследования и консультации врачей специалистов. При этом обращение включает не менее двух приёмов лечащего врача по поводу одного заболевания.

3.7.2. Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях, предоставляемая согласно сверхбазовой программе ОМС в Центре охраны здоровья семьи и репродукции включает мероприятия, которые определены приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», от 15.11.2012 № 930н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гематология», в том числе следующие мероприятия:

оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи пациентам с нарушениями репродуктивного здоровья (различные формы бесплодия, невынашивания беременности) с использованием современных профилактических и лечебно-диагностических технологий;

применение современных методов профилактики аборт и подготовки к беременности и родам;

сохранение и восстановление репродуктивной функции с использованием современных медицинских технологий;

оказание медицинской помощи беременным женщинам с заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей;

оказание психотерапевтической помощи семье на основе индивидуального подхода с учётом особенностей личности.

Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, приведены в приложении 26 настоящего тарифного соглашения.

К тарифам на оплату медицинской помощи, оказанной в связи со страховым случаем, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, коэффициент подуровня не применяется.

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

4.1. Порядок применения неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также за неокказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

4.1.1. Неоплата или неполная оплата затрат на оказание медицинской помощи по ОМС по предъявленным к оплате тарифам, санкции к медицинской организации за нарушения, выявленные в ходе контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС применяется страховой медицинской организацией и фондом согласно Порядку организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утверждённому приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Порядок контроля) и настоящему тарифному соглашению.

4.1.2. Экспертиза качества медицинской помощи по ОМС проводится экспертами качества медицинской помощи, включёнными в единый реестр экспертов качества медицинской помощи на основе критериев оценки качества медицинской помощи, утверждённых приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи», соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, разрабатываемых и утверждаемых медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в соответствии с

Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.3. Медицинская организация обжалует заключение страховой медицинской организации по результатам контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в соответствии с Порядком контроля.

4.2. Перечень и размеры санкций, применяемых к медицинской организации за нарушение обязательств при оказании медицинской помощи

За нарушение обязательств при оказании медицинской помощи по ОМС к медицинским организациям применяются санкции, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, и их величины согласно приложению 27 к настоящему тарифному соглашению.

V. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Срок действия и правила разъяснения тарифного соглашения

5.1.1. Тарифное соглашение вступает в силу с даты подписания уполномоченными представителями сторон, но не ранее вступления в силу Территориальной программы и распространяется на отношения в сфере ОМС на территории Ставропольского края с 1 января 2025 года за исключением отдельных положений, в том числе последующих изменений, для которых установлен иной срок вступления в силу.

Настоящее тарифное соглашение в пятидневный срок после дня его заключения направляется председателем Комиссии в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования для подготовки заключения о соответствии тарифного соглашения базовой программе ОМС.

5.1.2. Настоящее тарифное соглашение действует один финансовый год и распространяется на правоотношения, связанные с оплатой медицинской помощи, оказанной на территории Ставропольского края, в течение 2025 года.

5.1.3. В части, не отражённой в настоящем тарифном соглашении, порядок и условия применения тарифов, установленных настоящим тарифным соглашением, разъясняют совместно министерство и фонд.

5.2. Правила определения состава уполномоченных представителей сторон и ратификации тарифного соглашения

5.2.1. Состав уполномоченных представителей сторон настоящего тарифного соглашения, участвующих в подписании настоящего тарифного соглашения, из числа членов Комиссии определяется в соответствии с Федеральным законом.

5.2.2. В случае включения в состав Комиссии представителя организации, представитель которой не участвовал в настоящем тарифном соглашении, уполномоченный представитель этой организации подписывает соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения, которое удостоверяется министерством и фондом. Соглашение о ратификации настоящего тарифного соглашения является его неотъемлемой частью.

В случае прекращения членства в составе Комиссии всех представителей организации, являвшейся уполномоченным представителем при подписании настоящего тарифного соглашения, уполномоченный представитель соответствующей организации не участвует в настоящем тарифном соглашении с даты исключения из состава Комиссии последнего из членов, являвшегося представителем данной организации.

5.3. Порядок предоставления информации Комиссии и проведения её заседаний

5.3.1. Порядок предоставления информации членам Комиссии, а также методические указания о предоставлении информации и документов на рассмотрение Комиссии, в том числе правила и сроки обращения медицинских и страховых медицинских организаций, определяются решением Комиссии.

Информационное взаимодействие участников ОМС при формировании и изменении показателей объёмов предоставления медицинской помощи осуществляется в едином информационном ресурсе, организованном фондом.

5.3.2. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, но не реже одного раза в месяц.

5.4. Порядок изменения тарифного соглашения

5.4.1. Настоящее тарифное соглашение может быть пересмотрено по основаниям, определённым Требованиями, полностью или в части по инициативе не менее одной трети членов Комиссии, а также в связи с заключением Федерального фонда обязательного медицинского страхования о несоответствии настоящего тарифного соглашения базовой программе ОМС.

Инициаторы внесения изменений или дополнений в настоящее тарифное соглашение – члены Комиссии не позднее чем за 15 рабочих дней до предлагаемого срока внесения изменений направляют мотивированное предложение секретарю Комиссии, который обеспечивает его направление

иным членам Комиссии либо оглашают свои предложения на заседании Комиссии с предоставлением членам Комиссии проекта изменений.

Порядок и сроки рассмотрения заключения Федерального фонда обязательного медицинского страхования и принятия по нему решений определяет председатель Комиссии согласно срокам, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в настоящее тарифное соглашение организует председатель Комиссии.

5.4.2. Изменения в настоящее тарифное соглашение оформляются протоколом Комиссии и подписываются уполномоченными представителями организаций, представленных в составе Комиссии и участвовавших в настоящем тарифном соглашении либо ратифицировавших настоящее тарифное соглашение.

Период вступления в силу изменений, внесенных в тарифное соглашение, определяется в дополнительном соглашении к тарифному соглашению.

5.4.3. Изменения в настоящее тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение финансового года, возможны при наличии источника финансового обеспечения затрат.

5.5. Правила индексации тарифов

Базовые тарифы могут индексироваться способом их изменения или введения соответствующих коэффициентов. При изменении базовых ставок тарифа или установлении коэффициентов индексации, базовые тарифы изменяются или применяются с соответствующим коэффициентом с даты их введения.

5.6. Порядок урегулирования разногласий

5.6.1. В случае возникновения разногласий по применению настоящего тарифного соглашения любой участник ОМС вправе обратиться в министерство и фонд для разъяснений. Указанные разъяснения подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их издания.

Изданными министерством и фондом разъяснениями настоящего тарифного соглашения участники ОМС руководствуются при проведении переговоров и разрешении возникших разногласий.

5.6.2. При не урегулировании участниками ОМС на территории Ставропольского края разногласий в процессе переговоров споры разрешаются в Арбитражном суде Ставропольского края.

5.7. Порядок расчётов при превышении медицинской организацией объемов медицинской помощи

5.7.1. Медицинская помощь, оказываемая за счёт средств ОМС, предъявляется к оплате и оплачивается страховыми медицинскими организациями (фондом, в случае прекращения (расторжения) в установленном порядке договора о финансовом обеспечении ОМС) в соответствии с Федеральным законом, Правилами, заключёнными договорами в пределах объёмов медицинской помощи по ОМС, установленных Комиссией.

5.7.2. При превышении объёмов медицинской помощи по ОМС медицинской организацией и страховой медицинской организацией или фондом составляется реестр актов медико-экономического контроля в соответствии с Порядком контроля, который приобщается к акту сверки расчётов.

5.7.3. Комиссией может быть принято решение об увеличении установленных медицинской организации объёмов медицинской помощи по ОМС при наличии подтверждённого документами обоснования медицинской организацией превышения установленных объёмов медицинской помощи по ОМС, фактически подтверждённой потребности в финансовом обеспечении затрат на оказание медицинской помощи по ОМС, а также резервов объёмов медицинской помощи по ОМС согласно определённым территориальной программой ОМС нормативам оказания застрахованным лицам медицинской помощи на территории Ставропольского края, и финансовых средств на её оказание.

5.8. Правила оформления, опубликования и хранения тарифного соглашения

5.8.1. Настоящее тарифное соглашение составлено в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр тарифного соглашения хранится в министерстве, второй – в фонде.

5.8.2. Тарифное соглашение включает приложения, перечисленные в таблице 2 настоящего тарифного соглашения.

Таблица 2

Реестр приложений к настоящему тарифному соглашению

№ стр.	Номер приложения	Наименование приложения
	1	2
1.	1	Перечень основных терминов, понятий и сокращений, применяемых в настоящем тарифном соглашении
2.	2	Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций на территории Ставропольского края
3.	3	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по ФДПНФ на прикрепившихся лиц, а также коэффициенты, применяемые при определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях
4.	4	Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата скорой медицинской помощи и медицинской помощи в амбулаторных условиях в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи
5.	5	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи относимых к которым осуществляется по тарифу КСГ независимо от фактического пребывания пациента в стационарных условиях и условиях дневного стационара
6.	6	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях
7.	7	Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара
8.	8	Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, оплата которой осуществляется по ФДПНФ, а также коэффициенты, применяемые при определении размера тарифов на оплату скорой медицинской помощи
9.	9	Особенности применения способов оплаты отдельных случаев оказания медицинской помощи
10.	10	Порядок расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Ставропольского края
11.	11	Тарифы на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований
12.	12	Тарифы на оплату комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров
13.	13	Тарифы на оплату комплексных посещений для проведения диспансеризации определенных групп населения
14.	14	Тарифы на оплату комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения
15.	15	Тарифы на оплату первичной врачебной и доврачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи
16.	16	Тарифы на оплату услуг диализа
17.	17	Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в

		амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, финансовое обеспечение которых осуществляется по ФРФОфап
18.	18	Тарифы на оплату стоматологических лечебно-диагностических услуг
19.	19	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
20.	20	Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в условиях дневного стационара
21.	21	Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС в стационарных условиях
22.	22	Перечень и основания применения КСЛП к тарифам КСГ на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях
23.	23	Перечень КСГ, при формировании стоимости случая лечения в условиях круглосуточного и дневного стационара, по которым применяется КПУ равный 1
24.	24	Перечень КСГ, оплата случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара предполагают хирургическое вмешательство либо выполнение тромболитической терапии
25.	25	Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи
26.	26	Тарифы на оплату первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по страховым случаям, установленным в дополнение к базовой программе ОМС
27.	27	Значение 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
28.	28	Перечень МКБ 10, при которых выставление случаев на оплату по двум КСГ возможно в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее двух дней
29.	29	Перечень КСГ, при которых правило предъявления случая оказания медицинской помощи по тарифу КСГ большей стоимости не применяется
30.	30	Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей в стационарных условиях и условиях дневного стационара
31.	31	Перечень медицинских услуг, для предъявления к оплате случаев оказания медицинской помощи по тарифу КСГ «Родоразрешение»
32.	32	Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований
33.	33	Перечень медицинских организаций, оказывающих процедуру экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара

5.8.3. Изменения к настоящему тарифному соглашению принимаются решением Комиссии, подписываются представителями сторон и составляются в двух идентичных экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр изменений хранится в министерстве, второй – в фонде.

5.8.4. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат хранению по правилам организации государственного архивного фонда.

5.8.5. Настоящее тарифное соглашение и изменения к нему подлежат опубликованию на официальных сайтах министерства и фонда в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» в срок не позднее 14 календарных дней со дня их принятия.

ПОДПИСИ УПОЛНОМОЧЕННЫХ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Министр здравоохранения
Ставропольского края

_____ Ю.В. Литвинов
« ____ » _____ 2025 года

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Ставропольского края

_____ Н.С. Павличенко
« ____ » _____ 2025 года

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

_____ А.О. Макоева
« ____ » _____ 2025 года

Президент
общественной организации
«Врачи Ставропольского края»

_____ М.А. Земцов
« ____ » _____ 2025 года

Заместитель директора по
экономическим вопросам
административного обособленного
структурного подразделения ООО
«СК «Ингосстрах-М» - филиала в
г. Ставрополе

_____ Ю.А.Терещенко
« ____ » _____ 2025 года

Председатель Ставропольской
краевой организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

_____ А.И. Кривко
« ____ » _____ 2025 года