

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Еврейской автономной области на 2025 год

г. Биробиджан

«07» февраля 2025 года

Департамент здравоохранения правительства Еврейской автономной области в лице исполняющего обязанности начальника департамента здравоохранения правительства Еврейской автономной области Мартыновой Анастасии Леонидовны,

территориальный фонд обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области в лице директора Писаревой Ольги Юрьевны,

страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Еврейской автономной области, АСП ООО «Капитал МС» - Филиал в Еврейской АО в лице Евдокимовой Аэлиты Владимировны,

профессиональные союзы медицинских работников в лице председателя Еврейской областной организации профсоюза работников здравоохранения Кожукар Надежды Александровны,

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, заключили настоящее соглашение о тарифах на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Еврейской автономной области (далее – Тарифное соглашение).

I Общие положения

1.1. Настоящее Тарифное соглашение разработано с учетом следующих нормативных правовых актов:

- Федеральным законом 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»,
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»,
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»,
- постановлением Правительства Российской Федерации от 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов»,
- постановлением правительства Еврейской автономной области о Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи,

- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»,

- другими нормативными правовыми актами в сфере обязательного медицинского страхования.

1.2. Предметом Тарифного соглашения является тарифное регулирование оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

1.3. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области устанавливает:

- способы оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- порядок формирования тарифов на медицинские услуги и подушевого норматива для оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневном стационаре и амбулаторных условиях;
- порядок формирования подушевого норматива для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации;
- порядок применения тарифов;
- размер и структуру тарифа на медицинские услуги, предоставляемые по территориальной программе обязательного медицинского страхования;
- подушевые нормативы финансирования амбулаторной, скорой медицинской помощи;
- 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.

В настоящем Тарифном соглашении применяются термины и определения, указанные в нормативных актах и иных документах Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

II Способы оплаты медицинской помощи

Медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области, оплачивается по следующим способам оплаты:

2.1. 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), 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 углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, 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;

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

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

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

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

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

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

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

7) медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета;

8) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение)

2.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

– за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, (в том числе клинико-статистические группы заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний);

– 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, смерть 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 постановлении правительства Еврейской автономной области о Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи и приложении № 4 к Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа, а также за исключением случаев, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинико-статистические группы заболеваний.

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

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, (в том числе клинико-статистические группы 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, приведенных в постановлении правительства Еврейской автономной области о Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации в Еврейской автономной области медицинской помощи и приложении № 4 Тарифного соглашения, 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).

2.4. 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;
- за единицу объема медицинской помощи – 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).

III Размер и структура тарифов на оплату медицинский помощи

Настоящее Тарифное соглашение устанавливает:

3.1. Порядок формирования тарифов на медицинские услуги и подушевого норматива для оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневном стационаре и в амбулаторных условиях согласно приложению № 2.

3.2. Порядок формирования подушевого норматива для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, согласно приложению № 3.

3.3. Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи согласно приложению № 4.

3.4. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

3.4.1. Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения согласно приложению № 5, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.4.2. По подушевому нормативу финансирования оплачиваются следующие виды первичной медико-санитарной помощи по профилям: «Акушерство и гинекология», «Аллергология и иммунология», «Гастроэнтерология», «Гематология», «Гериатрия», «Дерматовенерология», «Детская урология-андрология», «Детская хирургия», «Детская эндокринология», «Диетология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Клиническая лабораторная диагностика», «Колопроктология», «Лечебное дело», «Лечебная физкультура и спортивная медицина», «Медицинская биохимия», «Неврология», «Нейрохирургия», «Нефрология», «Общая врачебная практика (семейная практика)», «Онкология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Педиатрия», «Пульмонология», «Ревматология», «Рентгенология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Сестринское дело», «Сурдология-оториноларингология», «Терапия», «Травматология и ортопедия», «Ультразвуковая диагностика», «Урология», «Физиотерапия», «Функциональная диагностика», «Хирургия», «Эндокринология», в том числе медицинская помощь, оказываемая медицинскими работниками со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием (за исключением финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов), проведение школ сахарного диабета, а также

лабораторно-диагностические исследования, проводимые медицинскими организациями, имеющих лаборатории, по направлению врачей и фельдшеров данной медицинской организации.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий;

3.4.3. Медицинская помощь, финансовое обеспечение, которой осуществляется вне подушевого норматива финансирования включает:

- объем медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинских организациями, не имеющими прикрепленного населения;
- медицинскую помощь в неотложной помощи (за исключением, оказанной в фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах, финансовое обеспечение которых осуществляется в пределах финансового обеспечения, установленного приложением № 11, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения);
- медицинскую помощь по профилю «Стоматология»;
- проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации; проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью; проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения, в том числе II этап диспансеризации, а также проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- проведение профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и взрослого населения;
- проведение 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;
- проведение медицинской реабилитации;
- проведение услуг диализа в амбулаторных условиях;
- проведение услуг медицинскими комплексами;
- проведение 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 и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;
- обследования в центрах здоровья;
- ведение школ для больных с хроническими заболеваниями, в том числе ведение школ сахарного диабета;

- забор материала для проведения анализа на определение РНК коронавируса TOPC (SARS-cov) в мазках со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки методом ПЦР;

- лабораторные исследования амбулаторных больных, проводимых в других организациях, в случае отсутствия в медицинских организациях необходимого оборудования, в части объемов, устанавливаемых в плановом задании организациям, оказывающим лабораторные исследования;

- проведение расшифровки, описания и интерпретации электрокардиографических данных;

- проведение флюорографии;

- проведение обязательных диагностических исследований для граждан (далее – призывники):

- 1) при первоначальной постановке на воинский учет,

- 2) при призыве на военную службу,

- 3) при поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе подготовки солдат, матросов запаса,

- 4) не проходящих военную (приравненную службу) и поступающих на военную службу (приравненную службу) по контракту,

- 5) призываемых на военные сборы,

- 6) проходящих альтернативную службу;

- проведение суточного мониторингирования артериального давления;

- проведение холтеровского мониторингирования сердечного ритма;

- объем медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими здравпунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами;

- диспансерное наблюдение детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме.

3.4.4. 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 – 11 695,57 рублей;

3.4.5. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования кроме профиля «Акушерство и гинекология» – 1 241,46 рублей;

3.4.6. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое

обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования по профилю «Акушерство и гинекология» – 378,38 рублей;

3.4.7. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования для медицинских организаций согласно приложению № 6, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения, учитывающих установленные в Тарифном соглашении:

- значения 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 согласно приложению № 6, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

- значения коэффициентов половозрастного состава согласно приложению № 5, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

- значения коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации) согласно приложению № 6, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

- значения коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Еврейской автономной области для всех медицинских организаций, использующих соответствующей способ оплаты, согласно приложению № 6, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

- значение коэффициента дифференциации рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462) – 1,496;

3.4.7. Расчет тарифов на единицу объема амбулаторной медицинской помощи осуществляется:

- 1) продолжительность медицинской услуги – в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации № 810н от 06.08.2020 «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-гематолога, врача-инфекциониста, врача-онколога, врача-пульмонолога, врача-фтизиатра, врача-хирурга», № 804н от 13.10.2017 «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг», № 973н от 19.12.2016 «Об утверждении

типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта», № 290н от 02.06.2015 «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога», Номенклатуры работ и услуг в здравоохранении, утвержденной заместителем Министра здравоохранения и социального развития России от 12.07.2004;

2) стоимость услуги рассчитывается исходя из расходов медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

3.4.8 Тарифы на оплату медицинских услуг, оказываемых в амбулаторных условиях, согласно приложениям № 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 36, 37, 39 указанным в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.4.9. Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации определенных групп населения, углубленной диспансеризации, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, профилактического осмотра взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в определенные возрастные периоды, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактического осмотра несовершеннолетних, приема (осмотра, консультации) к врачам-специалистам, обращения по заболеванию к врачам-специалистам, флюорографии легких, выполняемые в мобильных медицинских комплексах, формируется с учетом коэффициента 1,2;

3.4.10. Тарифы на оплату лабораторных исследований согласно приложению № 34, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.4.11. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, установленный в приложении № 7, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения, а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижения указанных показателей, в том числе размер выплат за достижение показателей согласно приложению № 2, установленному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.4.12. Размер финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия (несоответствия) требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерством здравоохранения Российской

Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» согласно приложению № 13, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения.

3.4.13. На территории Еврейской автономной области при проведении маммографии, рентгенографии/флюорографии грудной клетки, компьютерной томографии органов грудной клетки, компьютерной томографии головного мозга не применяется искусственный интеллект.

3.5. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

3.5.1. 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 – 10 998,26 рублей;

3.5.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях – 76 973,84 рубля;

3.5.3. Перечень клинико-статистических групп (далее – КСГ) заболеваний, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости КСГ согласно приложению № 42, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.4. Размер базовой ставки в стационарных условиях 50 227,44 рублей с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462, и 33 574,49 рубля – без коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

3.5.5. Значение коэффициента дифференциации рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 – 1,496;

3.5.6. Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях согласно приложению № 42, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.7. Значения коэффициентов сложности лечения пациентов согласно приложению № 41, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.8. Значения коэффициентов уровня медицинской помощи по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по клинико-статистическим группам, в разрезе медицинских организаций согласно приложению № 40, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.9. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.10. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.11. Тарифы на оплату услуг диализа согласно приложению № 37, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.12. Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня медицинской организации согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.13. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.14. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.15. Тарифы на оплату законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленной в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи согласно приложению № 43, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.5.16 Тарифы на проведение процедуры гемофильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов – согласно приложению № 44, указанным в подпункте 5.4 Тарифного соглашения.

3.6. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

3.6.1. 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 – 2 651,96 рубль;

3.6.2. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара – 45 295,44 рублей;

3.6.3. Перечень КСГ заболеваний, в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь, в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ согласно приложению № 46, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.4. Размер базовой ставки в стационарных условиях 27 178,89 рублей с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462, и 18 167,71 рублей – без коэффициента дифференциации, рассчитанного в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462;

3.6.5. Значение коэффициента дифференциации рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 – 1,496;

3.6.6. Значение коэффициентов специфики оказания медицинской помощи в стационарных условиях согласно приложению № 46, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.7. Значения коэффициентов сложности лечения пациентов согласно приложению № 41, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.8. Значения коэффициентов уровня медицинской помощи по перечню групп заболеваний, состояний, в том числе по клинικο-статистическим группам, в разрезе медицинских организаций согласно приложению № 40, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.9. Размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.10. Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.11. Перечень КСГ с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.12. Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию согласно приложению № 4, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.6.13. Тарифы на оплату услуг диализа согласно приложению № 37, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения.

3.7. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации:

3.7.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе

скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования;

3.7.2. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется за вызов скорой медицинской помощи:

- в случае проведения тромболизиса;
- оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

3.7.3. 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 – 1 994,16 рубля;

3.7.4. Размер базового подушевого норматива финансирования в соответствии с перечнем расходов на медицинскую помощь, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования согласно приложению № 49, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;

3.7.5. Значения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, согласно приложению № 49, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения, учитывающих установленные:

- значения коэффициентов половозрастного состава согласно приложению № 48, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;
- значения коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) согласно приложению № 48, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения;
- значение коэффициента дифференциации рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 – 1,496;

3.7.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи, согласно приложению № 51, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения, рассчитаны исходя из расходов медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования;

3.7.7. Тариф на оплату вызова бригады скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации с проведением

тромболитической терапии согласно приложению № 52, указанному в подпункте 5.4 Тарифного соглашения.

4. 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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации определяют размер средств на питание согласно нормам, установленным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.06.2013 № 395н «Об утверждении норм лечебного питания».

За счет средств 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, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

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

4.1. Сведения о перечне 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; размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи; размеры штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи, установлены согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

4.2. В случае корректировки реестров счетов за оказанную медицинскую помощь, оплачиваемую по подушевым нормативам на прикрепленное население в амбулаторных условиях, после проведенного Фондом медико-экономического контроля сумма неоплаты медицинской помощи возмещается медицинской организации в последующие месяцы в размере тарифа на 1 посещение, обращение медицинской помощи на 2025 год (для межтерриториальных расчетов), оказываемой в амбулаторных условиях, установленных в приложениях № 11, 12 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования в Еврейской автономной области на 2025 год.

4.3. В случае корректировки реестров счетов за оказанную вне медицинской организации скорую медицинскую помощь, оплачиваемую по подушевым нормативам на прикрепленное население, после проведенного Фондом медико-экономического контроля сумма неоплаты медицинской помощи возмещается медицинской организации в последующие месяцы в размере тарифа на 1 вызов скорой медицинской помощи на 2025 год (для межтерриториальных расчетов), оказываемой вне медицинской организации, установленного в приложении № 51 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования в Еврейской автономной области на 2025 год.

V Заключительные положения

5.1. Данное Тарифное соглашение вводится в действие с момента подписания и распространяется на правоотношения с 01 января 2025 года до 31 декабря 2025 года

5.2. Соглашение может пересматриваться по заявлению одной из сторон, предоставленному не менее чем за 30 дней до пересмотра соглашения.

5.3. Тарифы, устанавливаемые Тарифным соглашением, могут индексироваться в случае образования в течение года экономии финансовых средств.

5.4. Неотъемлемой частью Тарифного соглашения являются следующие приложения:

1) приложение № 1 Таблица 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую 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 углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, 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»; таблица № 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)»; таблица № 3 «Перечень медицинских

организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую за медицинскую услугу (используется при оплате 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), ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ»; таблица № 4 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, оплачиваемую за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (за исключением, когда в соответствии с территориальной программой государственных гарантий субъекта Российской Федерации для оплаты случаев госпитализации не применяются клинко-статистические группы заболеваний)»; таблица № 5 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, оплачиваемую за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинко-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи)»; таблица № 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), оплачиваемую по подушевому нормативу в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи»; таблица № 7 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплачиваемую по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации»;

2) приложение № 2 «Порядок формирования тарифов на медицинские услуги и подушевого норматива для оплаты медицинской помощи в круглосуточном стационаре, дневном стационаре и в амбулаторных условиях»;

3) приложение № 3 «Порядок формирования подушевого норматива для оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации»;

4) приложение № 4 «Порядок применения тарифов на оплату медицинской помощи»;

5) приложение № 5 Таблица 1 «Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (Кдј), применяемые при установлении подушевого норматива финансирования по амбулаторной помощи по всем профилям, кроме профиля «Акушерство и гинекология», на 2025 год»; таблица 2 «Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (Кдј), применяемые при установлении подушевого норматива финансирования по амбулаторной помощи по профилю «Акушерство и гинекология», на 2025 год»;

6) приложение № 6 Таблица 1 «Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по всем профилям, кроме профиля «Акушерство и гинекология», на 2025 год»; таблица 2 «Подушевой норматив финансирования амбулаторно-поликлинической помощи по профилю «Акушерство и гинекология», на 2025 год»;

7) приложение № 7 «Перечень показателей результативности и критерии оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая оплачивается по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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, на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, 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)»;

8) приложение № 8 «Рекомендуемые подходы к бальной оценке показателей результативности»;

9) приложение № 9 «Рекомендуемый порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций»;

10) приложение № 10 «Коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях»;

11) приложение № 11 Таблица 1 «Тарифы на прием (осмотр, консультацию) к врачам-специалистам, работающим в системе ОМС ЕАО, в поликлинике на 2025 год», таблица 2 «Тарифы на прием (осмотр, консультацию) к врачам-специалистам, работающим в системе ОМС ЕАО, на дому на 2025 год»; таблица 3 «Тарифы на посещения неотложной медицинской помощи на 2025 год»; таблица 4 «Тарифы на диспансерный прием (осмотр, консультацию) детского населения к врачам врачам-специалистам, работающим в системе ОМС ЕАО, в поликлинике на 2025 год»; таблица 5 «Тарифы на комплексное посещение на оплату случая диспансерного наблюдения взрослого населения, детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме на 2025 год»; таблица 6 «Тарифы на комплексное посещение школы сахарного диабета на 2025 год»; таблица 7 «Тарифы на комплексное посещение школы для больных с хроническими заболеваниями на 2025 год»; таблица 8 «Тарифы на комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» на 2025 год»; таблица 9 «Тарифы для проведения консультаций с применением телемедицинских услуг на 2025 год»;

12) приложение № 12 «Тарифы на обращение по заболеваниям к врачам-специалистам, работающим в системе ОМС ЕАО, в поликлинике на 2025 год»;

13) приложение № 13 «Перечень фельдшерских здравпунктов (ФЗП), фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) с указанием диапазона численности обслуживаемого населения в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации на территории Еврейской автономной области медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, годового размера финансового обеспечения, а также о соответствии/несоответствия ФАП требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

14) приложение № 14 Таблица 1 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в определенные возрастные периоды на 2025 год»; таблица 2 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации детей-сирот и

детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью на 2025 год»;

15) приложение № 15 «Тарифы комплексных посещений на прохождение несовершеннолетними профилактических медицинских осмотров на 2025 год»;

16) приложение № 16 «Перечень услуг, включенных в тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних на 2025 год (для межучрежденческих расчетов, осуществляющимися медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров)»;

17) приложение № 17 Таблица 1 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап диспансеризации) на 2025 год»; таблица 2 «Тарифы на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (2 этап диспансеризации) на 2025 год»;

18) приложение № 18 Таблица 1 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап диспансеризации) на 2025 год для мобильных медицинских комплексов»; таблица № 2 «Тарифы на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (2 этап диспансеризации) на 2025 год для мобильных комплексов»;

19) приложение № 19 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап диспансеризации) на 2025 год в выходные дни»;

20) приложение № 20 «Тарифы комплексных посещений на проведение диспансеризации определенных групп взрослого населения (1 этап диспансеризации) на 2025 год для мобильных медицинских комплексов в выходные дни»;

21) приложение № 21 таблица 1 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2025 году (для межучрежденческих расчетов, осуществляющимися медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров)»; таблица 2 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2025 году мобильными комплексами (для межучрежденческих расчетов, осуществляющимися медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров)»; таблица 3 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения

диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2025 году в выходные дни (для межучрежденческих расчетов, осуществляющихся медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров)»; таблица 4 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения в 2025 году в выходные дни мобильными комплексами (для межучрежденческих расчетов, осуществляющихся медицинскими организациями на основании заключенных между ними договоров)»;

22) приложение № 22 «Тарифы для проведения углубленной диспансеризации на 2025 год»;

23) приложение № 23 «Тарифы для проведения углубленной диспансеризации на 2025 год для мобильных комплексов»;

24) приложение № 24 таблица 1 «Тарифы по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья на 2025 год»; таблица № 2 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в 2025 году»;

25) приложение № 25 таблица 1 «Тарифы по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья на 2025 год для мобильных комплексов»; таблица № 2 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для проведения диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в 2025 году для мобильных комплексов»;

26) приложение № 26 «Тарифы комплексных посещений на проведение профилактических медицинских осмотров на 2025 год»;

27) приложение № 27 «Тарифы комплексных посещений на проведение профилактических медицинских осмотров на 2025 год, выполняемые в мобильных медицинских комплексах»;

28) приложение № 28 «Тарифы комплексных посещений на проведение профилактических медицинских осмотров на 2025 год в выходные дни»;

29) приложение № 29 «Тарифы комплексных посещений на проведение профилактических медицинских осмотров на 2025 год для мобильных медицинских комплексов в выходные дни»;

30) приложение № 30 таблица 1 «Тариф на разовые посещения на неприкрепленное население на 2025 год, выполняемый мобильными выездными бригадами», таблица 2 «Тарифы на обращение по заболеванию к врачам-специалистам, работающим в системе ОМС ЕАО на 2025 год, выполняемые в мобильных медицинских комплексах», таблица 3 «Тарифы на проведение флюорографии легких на 2025 год, выполняемые в мобильных медицинских комплексах»; таблица 4 «Тариф на проведение ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы на 2025 год, выполняемые мобильными выездными бригадами»;

31) приложение № 31 «Тарифы на одну условную единицу трудоемкости при оказании стоматологической помощи в системе ОМС ЕАО на 2025 год»;

32) приложение № 32 «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»;

33) приложение № 33 «Тариф на проведение флюорографии легких на 2025 год»; «Тариф на проведение ультразвуковой доплерографии сосудов (артерий и вен) нижних конечностей на 2025 год»; «Тариф на проведение ультразвуковой доплерографии сосудов (артерий и вен) верхних конечностей на 2025 год»; «Тариф на проведение ультразвуковой доплерографии сосудов шеи на 2025 год»; «Тариф на проведение дуплексного сканирования экстракраниальных отделов брахиоцефальных артерий на 2025 год»; «Тариф на проведение дуплексного сканирования сосудов (артерий и вен) нижних конечностей на 2025 год»; «Тарифы на проведение спирально-компьютерной томографии для медицинских организаций, на 2025 год»; «Тарифы на проведение магнитно-резонансной томографии для медицинских организаций на 2025 год»; «Тарифы на проведение расшифровки, описания и интерпретации электрокардиографических данных на 2025 год»; «Тарифы на проведение ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы на 2025 год»; «Тарифы на проведение эндоскопических исследований на 2025 год»; «Тарифы на проведение суточного мониторингирования артериального давления на 2025 год»; «Тарифы на проведение холтеровского мониторингирования сердечного ритма на 2025 год»; «Тарифы на проведение позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографии (ПЭТ/КТ) на 2025 год»; «Тарифы на проведение однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографии (ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ) на 2025 год»;

34) приложение № 34 «Тарифы на лабораторные исследования на 2025 год»;

35) приложение № 35 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации медицинскими организациями государственной системы здравоохранения Еврейской автономной области, для возмещения расходов в соответствии с заключенным договором об оказании медицинской помощи сотрудникам органов внутренних дел на 2025 год»;

36) приложение № 36 «Тариф на комплексное посещение в центрах здоровья в системе ОМС ЕАО на 2025 год»;

37) приложение № 37 «Тарифы на проведение диализа на 2025 год»;

38) приложение № 38 «Структура расходов на единицу объема медицинской помощи на проведение диализа на 2025 год»;

39) приложение № 39 Таблица 1 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований при первоначальной постановке на воинский учет в 2025 году»; таблица 2 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований при призыве на военную службу в 2025 году»; таблица 3 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан при поступлении их в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, заключении договора с Министерством обороны Российской Федерации об обучении на военной кафедре при федеральной государственной образовательной организации высшего образования по программе военной подготовки офицеров запаса, программе военной подготовки сержантов, старшин запаса либо программе военной подготовке солдат, матросов запаса в 2025 году»; таблица 4 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан до 40 лет, не проходящих военную службу (приравненную службу) и поступающих на военную службу (приравненную службу) по контракту в 2025 году»; таблица 5 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан старше 40 лет, не проходящих военную службу (приравненную службу) и поступающих на военную службу (приравненную службу) по контракту в 2025 году»; таблица 6 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан до 40 лет, призываемых на военные сборы в 2025 году»; таблица 7 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан старше 40 лет, призываемых на военные сборы в 2025 году»; таблица 8 «Тарифы и перечень обязательных диагностических исследований для граждан, проходящих альтернативную службу в 2025 году»;

40) приложение № 40 таблица 1 «Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях (КУ)»; таблица 2 «Коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара (КУ)»;

41) приложение № 41 «Критерии для применения и размеры коэффициентов сложности лечения пациента (КСЛП)»;

42) приложение № 42 «Тарифы на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу, коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) клинико-статистических групп, коэффициент специфики (КС) по клинико-статистическим группам, в стационарных условиях на 2025 год»;

43) приложение № 43 «Тарифы на законченный случай лечения заболевания при оказании высокотехнологичной помощи по перечню видов высокотехнологичной помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования на 2025 год»;

44) приложение № 44 «Тарифы на проведение в стационарных условиях гемофильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов на 2025 год»;

45) приложение № 45 «Структура расходов на единицу объема медицинской помощи на проведение в стационарных условиях гефильтрации крови продленной, селективной гемосорбции липополисахаридов на 2025 год»;

46) приложение № 46 «Тарифы на законченный случай лечения заболевания, включенного в клинко-статистическую группу, коэффициент относительной затратоемкости (КЗ) клинко-статистических групп, коэффициент специфики (КС) по клинко-статистическим группам, в условиях дневного стационара на 2025 год»;

47) приложение № 47 «Половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп населения (КДj), применяемые при установлении подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на 2025 год»;

48) приложение № 48 «Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на 2025 год»;

49) приложение № 49 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, на 2025 год»;

50) приложение № 50 «Коэффициент уровня медицинской организации (КД¹_{ур}), оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, на 2025 год»;

51) приложение № 51 «Тариф на 1 вызов скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на 2025 год (для межтерриториальных расчетов)»;

52) приложение № 52 «Тариф на 1 вызов бригады скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии на 2025 год»;

53) приложение № 53 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»;

54) приложение № 54 Таблица 1 «Тарифы на ультразвуковые исследования беременных для проведения межучрежденческих и межтерриториальных расчетов на 2025 год»; Таблица 2 «Тарифы на исследование уровня связанного с беременностью плазменного протеина А (РАРР-А) в сыворотке крови и исследование уровня хорионического гонадотропина (свободного бета-субъединица) в сыворотке крови для проведения межучрежденческих и межтерриториальных расчетов на 2025 год».

Исполняющий обязанности
начальника департамента здравоохранения
правительства Еврейской автономной области,
председатель Комиссии

А.Л. Мартынова

Директор территориального фонда
обязательного медицинского
страхования ЕАО

О.Ю. Писарева

Директор АСП ООО «Капитал МС» -
Филиал в Еврейской АО

А.В. Евдокимова

Председатель Еврейской
областной организации профсоюза
работников здравоохранения

Н.А. Кожукаръ