**Выписка из Протокола**

**заседания № 1**

**Комиссии**

**по разработке территориальной программы**

**обязательного медицинского страхования Калининградской области**

Дата: 22 января 2025 года

Время: 12.00

Место проведения: г. Калининград, Московский проспект, д. 174 (конференц-зал ТФОМС, ВКС).

**Повестка дня**

**1.Утверждение дифференцированных подушевых нормативов для медицинских организаций Калининградской области, финансируемых по подушевому нормативу в рамках базовой и сверх базовой программы ОМС на 2025 год.**

Докладчик-Будина И.В.-заместитель директора ТФОМС.

2.**Разное.**

Обращение медицинских организаций по вопросу перераспределения установленных объемов медицинской помощи и объема финансовых средств.

Докладчик-Новикова С.А.-начальник отдела ТФОМС.

**Перечень вопросов с Решениями Комиссии**

**1. Утверждение дифференцированных подушевых нормативов   
для медицинских организаций Калининградской области, финансируемых по подушевому нормативу в рамках базовой и сверх базовой программы ОМС на 2025 год.**

* 1. **Общие положения. Способы оплаты медицинской помощи**

За счет средств базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются:

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

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь.

За счет средств бюджета Калининградской области оказываются:

первичная медико-санитарная помощь, первичная специализированная медико-санитарная помощь;

специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;

скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, санитарно-авиационная эвакуация;

паллиативная медицинская помощь, в том числе паллиативная первичная медицинская помощь, включая доврачебную и врачебную медицинскую помощь, а также паллиативная специализированная медицинская помощь.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации в рамках базовой Программы ОМС, а также подушевого норматива финансирования по всем условиям оказания медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации.

Для определения половозрастных коэффициентов дифференциации численность застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы (далее – половозрастные группы):

– до года мужчины/женщины;

– год - четыре года мужчины/женщины;

– пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

– восемнадцать лет – шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

– шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

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

Установленные способы оплаты медицинской помощи являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС. Формирование медицинскими организациями счетов на оплату   
за оказанную медицинскую помощь осуществляется с на основании полиса, действующего на момент завершения оказания медицинской помощи.

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

**Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях**

* 1. **Основные понятия и термины**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

посещения с иными целями включают:

– разовые посещения в связи с заболеваниями;

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

- комплексные посещения по профилю «Медицинская реабилитация»;

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

Указанные посещения включают:

– посещения для проведения 2 этапа диспансеризации;

– посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

– комплексное посещения центров здоровья;

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

посещения с профилактическими целями включают:

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

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

– комплексные посещения при проведении углубленной диспансеризации;

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

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

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

*–*  от 21апреля2022*г. №*275н *«*Приказ Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью» (зарегистрирован Минюстом РФ 29 апреля 2022 г., N 68366);

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

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

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

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

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

**1.3 Оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы:

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

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

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

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

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

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

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

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

ж) 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;

з) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

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

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

Оплата медицинских услуг в «Центрах здоровья» осуществляется   
вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях за единицу объема (комплексное посещение с профилактическими целями), в соответствии с перечнем услуг и временем, утвержденным законодательством. Комплексное посещение в «Центрах здоровья» (взрослое, детское население) проводится однократно в календарном году.

Медицинская помощь при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета оплачивается вне подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

Перечень медицинских организаций-фондодержателей, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (далее – подушевой норматив) в рамках базовой Программы ОМС, установлен Приложением 1.

В рамках сверх базовой Программы ОМС осуществляется оплата:

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

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

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

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

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

Перечень медицинских организаций Калининградской области, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем условиям оказания медицинской помощи в рамках сверхбазовой Программы ОМС, установлен Приложением 2.

Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена   
в соответствии с требованиями части 7 статьи 35 Федерального закона   
от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании   
в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) и включает следующие расходы: на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования, организации питания (при отсутствии организованного питания медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (с изменениями и дополнениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (с изменениями и дополнениями), номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

Перечень медицинских организаций с указанием коэффициента уровня оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях изложен в Приложении 3.

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

1) **базовой программы ОМС** составляет – 7 879,03 рублей;

2) **на финансовое обеспечение** **сверх базовой Программы ОМ**С в сумме 534,37 рублей.

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 (), устанавливаемый в соответствии с Требованиями, определяется по следующей формуле:

= 7 879,03 руб.

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | численность застрахованного населения, человек. |

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

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи  с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения  по заболеванию при оказании медицинской помощи  по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий  в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей. |

**Базовый подушевой норматив финансирования** на прикрепившихся лиц рассчитывается исходя из подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Программой нормативами (ПНбаз). Для этого определяется объемсредствна оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, определяется по следующей формуле:

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ОСФАП | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов  в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей; |
| ОСД(Л)И | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату 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), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии  с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе, углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей; |

Подушевой норматив финансирования включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи – посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием. Перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования установлен в Приложении 4.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБА3 | Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, рублей; |
|  | объем средств на оплату медицинской помощи  по подушевому нормативу финансирования, рублей; |
|  | объем средств, направляемых медицинским организациям  в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно бальной оценке, рублей; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента 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; |
|  | значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава; |
|  | единый коэффициент дифференциации субъекта, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462; |
|  | численность застрахованного населения, человек. |

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБАЗ | с 01.01.2025г. |
| в месяц, руб. | 191,48 |

2.3. В целях сохранения сбалансированности территориальной программы ОМС используется и рассчитывается по следующей формуле:

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | значение коэффициента 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, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации; |
|  | численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той  медицинской организации, человек. |

По аналогичной формуле рассчитывается значение . Значения и установлены Приложением 5.

Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период и численности застрахованных лиц за данный период и установлены Приложением 6.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС установлены Приложением 7.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива, рассчитанные по каждой медицинской организации установлены Приложением 8.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС на 2025 год установлены Приложением 9.

Размердифференцированныхподушевых нормативов финансирования на одного застрахованного жителя области (медицинская помощь в амбулаторных условиях) на 2025 год установлен Приложением 10.

Количество и размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС на 2025 год изложены в Приложении 11.

Дифференцированные подушевые нормативы финансирования   
для медицинских организаций-фондодержателей, по видам и условиям оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС установлен Приложением 12.

Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области по всем видам и условиям медицинской помощи не установленным базовой программой ОМС (социально-значимые виды) установлен в Приложении 13.

**1.4 Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих социально-значимые виды медицинской помощи**

**(в рамках сверх базовой Программы ОМС)**

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

В рамках сверх базовой программы ОМС установлен перечень видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования (Приложение 14).

**1.5 Оплата медицинской помощи с применением телемедицинских технологий** **в амбулаторных условиях**

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

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

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

В субъекте Российской Федерации организация оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в медицинских организациях иного субъекта Российской Федерации рекомендуется в случае, если ресурсы медицинских организация для оказания медицинской помощи   
с применением телемедицинских технологий в субъекте Российской Федерации либо полностью отсутствуют, либо недостаточны для оказания их в необходимом объеме.

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

Направлениями использования телемедицинских технологий при оказании медицинской помощи являются:

– дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой;

– дистанционное взаимодействие медицинских работников с пациентами или их законными представителями.

1. **Оплата скорой медицинской помощи   
   вне медицинской организации**

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) в рамках базовой программы ОМС осуществляется:

– по подушевому нормативу финансирования;

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

Перечень медицинских организаций Калининградской области, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в рамках базовой Программы ОМС, изложен в Приложении 15.

В рамках сверх базовой программы ОМС:

– по подушевому нормативу финансирования;

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

Оплата случаев оказания скорой медицинской помощи производится в соответствии с перечнем заболеваний, изложенном в пунктах 11, 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного [приказом](http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70338200/#0) Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н.

Перечень медицинских организаций Калининградской области, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в рамках сверхбазовой Программы ОМС, изложен в Приложении 16.

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

,

где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | численность застрахованного населения Калининградской области, человек. |

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в расчете на одно застрахованное лицо в год, подлежащих оплате за счет средств:

- базовой Программы ОМС составляет 1 222,29 рублей;

- сверх базовой Программы ОМС в сумме 93,97 рублей.

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

, где:

|  |  |
| --- | --- |
|  | объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования данного, рублей; |
| НоСМП | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
| НфзСМП | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
| ОСМТР | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
|  | численность застрахованного населения, человек. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ПнБАЗ | базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным лицам за вызов, рублей; |
| КД | единый коэффициент дифференциации субъекта, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. |

|  |  |
| --- | --- |
| ПНБАЗ | с 01.01.2025г. |
| в месяц, руб. | 101,30 |

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлен Приложением 17 (часть 1).

Размер дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках сверх базовой программы ОМС установлен Приложением 17 (часть 2).

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлены Приложением18.

Коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования станции (отделений) скорой медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС установлены Приложением 19.

Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи в рамках базовой Программы ОМС в разрезе медицинских организаций производится на основании численности застрахованных лиц, установленной по зонам обслуживания (совместный приказ Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 12 ноября 2024 года № 731/424 «Об утверждении количества бригад скорой медицинской помощи, перечня зон обслуживания медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь на 2025 год»).

**Решение Комиссии по 1 вопросу:**

Утвердить оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи вне медицинской организации, дифференцированные подушевые нормативы для медицинских организаций Калининградской области, финансируемых по подушевому нормативу, в рамках базовой и сверх базовой программы ОМС на 2025 год (Приложения 1-19).

**2. Разное. Обращения медицинских организаций по вопросу перераспределения установленных объемов медицинской помощи и объема финансовых средств**

Обращение **ГБУЗ «Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Калининградской области»** в условиях скорой медицинской помощи об изменении размера финансирования скорой медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную в январе 2024 года.

Основание: Особенности оказания скорой медицинской помощи населению Нестеровского района в январе 2025 года (медицинские организации   
ООО «Амбуланс», ООО «Мако» медицинскую помощь населению указанного муниципального образования не оказывали (нарушение приказов Министерства здравоохранения Калининградской области от 12.11.2024 года № 734/424   
«Об утверждении количества бригад скорой медицинской помощи, перечне зон обслуживания медицинскими организациями, оказывающими скорую, в том числе специализированную медицинскую помощь на 2025 год»). Все случаи скорой медицинской помощи осуществляла медицинская организация   
ГБУЗ «Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Калининградской области».

**Решение Комиссии по 2 вопросу:**

Удовлетворить обращение ГБУЗ «Региональный центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф Калининградской области» в условиях скорой медицинской помощи об изменении размера финансирования скорой медицинской помощи за медицинскую помощь, оказанную в январе 2025 года.