

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год

(с изменениями от 01 февраля, 01 марта, 30 марта, 31 мая, 08 июня, 30 июня, 22 июля и 18 августа 2016 года)

г. Калининград

« 28» декабря 2015 года

Министерство здравоохранения Калининградской области в лице министра здравоохранения Калининградской области Сиглаевой Людмилы Михайловны, заместителя министра здравоохранения Калининградской области Николаевой Татьяны Николаевны, заместителя начальника департамента финансово-экономической и юридической работы – начальника отдела планирования, экономики и организации здравоохранения Министерства здравоохранения Калининградской области Стриженковой Ангелины Вячеславовны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области в лице директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области Анохина Виктора Дмитриевича, первого заместителя директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области Перцевой Галины Николаевны, начальника финансово-экономического отдела территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области Старостиной Галины Яковлевны,

АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» в лице исполнительного директора Калининградского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Диваковой Ларисы Владимировны,

АО «Областная медицинская страховая компания» в лице генерального директора Семенюк Элеоноры Борисовны,

ООО «Росгосстрах - Медицина» в лице заместителя директора Филиала ООО «Росгосстрах-Медицина» в Калининградской области Тугушева Олега Каримовича,

Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная стоматологическая поликлиника Калининградской области» в лице главного врача Волкова Евгения Борисовича,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Калининградской области «Центральная городская клиническая больница» в лице главного врача Куликова Сергея Ивановича,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница Калининградской области» в лице главного врача Полякова Константина Ивановича,

Общественная организация «Калининградское областное объединение организаций профсоюзов» в лице заместителя председателя Орловой Елены Васильевны,

Калининградская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Сергутко Ирины Леонидовны, заместителя председателя Рудь Людмилы Алексеевны,

Региональная общественная организация «Врачебная палата Калининградской области» в лице председателя, главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Полесская центральная районная больница» Красновой Ольги Геннадиевны, главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Детская областная больница Калининградской области», члена Совета Малярова Александра Михайловича, главного врача Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Калининградской области «Нестеровская центральная районная больница», члена организации Китлинской Нины Николаевны,

в дальнейшем именуемые «Стороны», заключили настоящее Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год (далее – Соглашение).

I. Общие положения

Настоящее соглашение заключено в соответствии со ст.30 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н, Законом Калининградской области от 17 декабря 2015 года №492 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год», постановлениями Правительства Калининградской области от 25.01.2012 г. № 25 «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области» (с изменениями и дополнениями), приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» и регулирует правоотношения участников системы ОМС Калининградской области, возникающие при формировании тарифов, установлении способов оплаты медицинской помощи и их применении в рамках реализации территориальной программы ОМС.

Тарифы, установленные настоящим Соглашением, применяются для расчетов за медицинскую помощь, оказываемую в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Калининградской области лицам, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации лицам, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой.

Медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, независимо от форм собственности, обязаны представлять все виды мониторинга и отчетности,

утвержденные федеральными и региональными нормативными правовыми актами, в том числе в соответствии с совместным приказом Министерства здравоохранения Калининградской области и территориального фонда обязательного медицинского страхования Калининградской области от 29 декабря 2015 года №1612/321 «О предоставлении отчетности медицинскими организациями, участвующими в реализации программы обязательного медицинского страхования на территории Калининградской области».

Основные понятия и определения, предмет, сфера действия тарифного соглашения (далее Соглашение)

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

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

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

Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение; медицинская услуга является единицей учета и имеет соответствующий тариф.

Тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее тарифы) – система ставок, определяющих размер оплаты медицинских услуг или стоимость законченного случая лечения.

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

Случай госпитализации – является единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования - это медицинская помощь (совокупность медицинских услуг) по основному заболеванию, предоставленных пациенту в стационарных условиях (и/или в условиях дневного стационара) в

регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до момента выбытия (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания, подтвержденного первичной медицинской документацией) и без клинического результата (смерть пациента), в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты.

Законченный случай лечения в амбулаторных условиях (в том числе стоматологическая помощь) – объем лечебно – диагностических, профилактических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, смерть пациента:

– в связи с обращением пациента по заболеванию кратностью не менее двух посещений, в том числе первичных и повторных по поводу одного заболевания;

- посещение к врачу-специалисту с профилактической целью, с иными целями, связанными с оказанием медицинской помощи (разовые посещения по поводу заболевания, в том числе консультации, связанные с диагностическим обследованием и т.п.);

- посещение по неотложной помощи (медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента).

Результат обращения, посещения отмечается в соответствующих позициях талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

Подушевой норматив – территориальный норматив финансовых средств на оказание медицинских услуг (в амбулаторных, стационарных, в условиях дневного стационара всех типов) и при оказании скорой медицинской помощи в расчете на одного застрахованного жителя области.

Подушевой норматив рассчитывается с учетом половозрастной структуры, уровня потребления медицинских услуг различными категориями населения и территориальной доступности медицинских услуг.

Базовая ставка (БС) – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и финансовых нормативов затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, а также с учетом других параметров.

Медицинская реабилитация - комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма, поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме, а также на

предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма, предупреждение и снижение степени возможной инвалидности, улучшение качества жизни, сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество.

Условная единица трудоемкости (далее – УЕТ) – норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса (I класс по Блеку).

Прикрепленное население – лица, застрахованные по ОМС, получающие медицинские услуги в рамках первичной медико-санитарной помощи и проживающие (пребывающие) на территории, находящейся в зоне обслуживания медицинской организации или включенные по желанию пациента в поименные списки, сформированные на основании приказов Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 16 апреля 2012 года № 366н «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи», от 26 апреля 2012 года № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», от 15 мая 2012 года № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Неприкрепленное население – лица, застрахованные по ОМС, проживающие (пребывающие) вне зоны обслуживания и не включенные в поименные списки прикрепленного населения (сформированные в установленном порядке) по иным основаниям, и получающие медицинские услуги в медицинской организации.

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

Предметом Соглашения являются способы оплаты медицинской помощи, тарифы (базовая ставка) на медицинскую помощь и медицинские услуги в системе ОМС, подушевые нормативы в соответствии с приложениями к настоящему Соглашению.

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

Объемы медицинской помощи, установленные Программой, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи жителям Калининградской области за её пределами.

II. Способы оплаты медицинской помощи

Установленные настоящим Соглашением способы оплаты являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС.

При финансировании медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год, применяются следующие способы оплаты:

1. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях.

1.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 2016 год (приложение № 2.1.1);

1.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях на 2016 год (приложение № 2.1.2);

1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории, на которой выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц)

1.4. Расчет подушевого норматива финансирования медицинских организаций на прикрепившихся лиц произведен *в соответствии с разделом II Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС от 18.12.2015 г № 06/11/20*

1.5 Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ) (приложение № 2.1.4)

1.6 Перечень заболеваний при оказании амбулаторной стоматологической помощи в разрезе групп и подгрупп (приложение 2.1.5).

2. Медицинская помощь, оказываемая в условиях стационара.

2.1. Перечень медицинских организаций Калининградской области, оказывающих первичную медико-санитарную, специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь и участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий оказания населению Калининградской области бесплатной медицинской помощи, по уровням оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2016 год (приложение № 2.2.1);

2.2 Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенный в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико - статистическую группу заболеваний).

2.3 Прерванный случай лечения в круглосуточном стационаре при оказании медицинской помощи до 3-х и менее суток, в рамках которой проводится диагностика, динамическое наблюдение и проведение лечебно-диагностических мероприятий, осуществляется уточнение диагноза, оплачивается в размере 30% стоимости законченного случая.

3. Медицинская помощь, оказываемая в дневных стационарах.

3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара на 2016 год (приложение № 2.3.1);

3.2 Оплата стационарозамещающей медицинской помощи, в том числе при социально-значимых заболеваниях, осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

3.3 Прерванный случай лечения при получении медицинской помощи в дневном стационаре оплачивается за фактически проведенные пациенто-дни.

4. Медицинская помощь при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации.

4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций) оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации на 2016 год (приложение № 2.4.1);

4.2. 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:

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

4.3. Методика расчета подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (приложение № 2.4.2).

5. Группы медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

5.1. Группы медицинских организаций и структурных подразделений, оказывающих скорую медицинскую помощь, вне медицинской организации, сформированные с учетом средневзвешенных интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива (приложение № 2.5.1).

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.

1. Структура тарифов на оплату медицинской помощи установлена в соответствии с требованиями ч.7 ст. 35 Федеральных законов от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с последующими изменениями) 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, 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 ста тысяч рублей за единицу.

Не подлежат оплате за счет средств территориальной программы обязательного медицинского страхования расходы медицинских организаций на проведение капитального ремонта и подготовку проектно-сметной документации для его проведения, а также расходы инвестиционного характера.

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

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.

2. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены на основании методики расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 марта 2011 года, регистрационный N 19998) (с последующими изменениями), «Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования», утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации совместно и Федеральным фондом ОМС от 15.12.2014 и направленных информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 №11-9/10/2-9454, информационного письма Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 г. № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», Приказа Федерального фонда ОМС от 18.11.2014 №200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 года №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с последующими изменениями).

3. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях установить:

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

- базовой программы ОМС в сумме 3 066,09 рублей;

- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 435,90 рублей;

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

тариф стоимости одного амбулаторного посещения на 2016 год (приложение № 3.3.1);

тариф стоимости случаев лечения при оказании амбулаторной стоматологической медицинской помощи на 2016 год (приложение № 3.3.2);

размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области на 2016 год (медицинская помощь в амбулаторных условиях) (приложение № 3.3.3);

тариф стоимости диагностических исследований на 2016 год (приложение № 3.3.4);

3.3. Оплата медицинской помощи по тарифам на основе подушевого норматива финансирования осуществляется в амбулаторных медицинских организациях, поликлинических отделениях в составе больничных медицинских организаций любой формы собственности имеющих прикрепленное население. Далее по тексту эти организации и структурные подразделения именуется фондодержатели.

Финансирование общих врачебных практик, работающих в структуре медицинских организаций, осуществляется на расчетный счет медицинских организаций по подушевому принципу за прикрепленное население. Учет расходов общих врачебных практик может вестись отдельно от учета расходов медицинских организаций.

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов, работающих в структуре медицинских организаций, осуществляется на расчетный счет медицинских организаций по подушевому принципу за прикрепленное застрахованное население.

3.4. Расчеты за оказанную прикрепившимся застрахованным гражданам первичную медико-санитарную помощь, в том числе специализированную (амбулаторную), (за исключением неотложной помощи, всех видов диспансеризации, профилактических осмотров отдельных категорий граждан) в других медицинских организациях, расположенных на территории Калининградской области, осуществляются страховыми медицинскими организациями из средств фондодержателя:

3.4.1) за амбулаторную медицинскую помощь – по тарифу обращения, по тарифу посещения с профилактическими и иными целями к врачам и среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием, (в том числе при выездах главных специалистов Министерства здравоохранения Калининградской области и специалистов ФГБУ «Федеральный центр высоких медицинских технологий» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград),

3.4. 2) за амбулаторную первичную медико-санитарную помощь (лечебно-диагностическое посещение, консультативный прием) больным, находящимся на лечении в противотуберкулезных санаториях, санаторно-курортных организациях по долечиванию (реабилитации) больных после стационарного лечения, а также проживающих в Домах ребенка, - по утвержденным тарифам;

3.4.3) за диагностические исследования по утвержденным тарифам стоимости исследований;

3.4.4) за амбулаторную медицинскую помощь, в том числе диагностические исследования, оказанные в межрайонных отделениях первичной диагностики

рака, в кабинетах врача – пульмонолога, респираторной реабилитации ГБУЗ КО «Городская больница №3», организованные в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Калининградской области: от 02.07.2015г № 1050 «Об организации межрайонных отделений первичной диагностики рака», от 03.08.2015г №1210 «О мерах по совершенствованию организации оказания медицинской помощи населению Калининградской области по профилю «пульмонология», а также при направлении пациентов врачами указанных отделений на диагностические обследования в другие медицинские организации.

3.5. «Не осуществляются из средств фондодержателей расчеты за оказанную прикрепившимся застрахованным гражданам стационарную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, в других медицинских организациях, расположенных на территории Калининградской области, а так же первичную медико-санитарную помощь, в следующих случаях:

3.5.1) за медицинскую помощь, по видам и условиям оказания не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования;

3.5.2) за стоматологическую медицинскую помощь;

3.5.3) за медицинские услуги, оказанные в ГАУ КО «Региональный перинатальный центр» (консультативно-диагностическая поликлиника), ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области», Центрах здоровья;

3.5.4) за проведение заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа;

3.5.5) за иммуногистохимические методы диагностики у онкобольных, проводимых в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Балтийский федеральный университет имени Иммануила Канта», по направлению врача-онколога ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области»

3.5.6) обследования беременных женщин на инфекции, передаваемые половым путем, в ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области»;

3.5.7) компьютерная томография лицевого скелета проводится в диагностических отделениях (кабинетах) стоматологических медицинских организаций по направлениям врача-стоматолога при сложной патологии лицевого скелета после предварительного проведения рентгенологического обследования и необходимости уточнения диагноза для дальнейшей выработки правильного лечения».

3.6. Фондодержатели ведут отдельный учет финансовых средств, поступивших по подушевому нормативу за прикрепленных застрахованных, и средств, поступивших в качестве оплаты медицинской помощи, оказанной пролеченным неприкрепленным больным с представлением ежемесячных реестров страховым медицинским организациям.

Фондодержатель формирует реестры за пролеченных больных отдельно по видам медицинской помощи.

Ежемесячно медицинские организации – Фондодержатели представляют реестры за оказанную медицинскую помощь в страховые медицинские

организации в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Страховые медицинские организации на основании представленных документов принимают решение по оплате.

3.7. Направление прикрепленного застрахованного на получение необходимой ему амбулаторной, стационарной медицинской помощи, диагностических исследований осуществляется Фондодержателем, за исключением случаев оказания медицинской помощи по экстренным и неотложным показаниям.

При направлении пациента на плановую консультацию и диагностические исследования медицинской организацией, не являющейся фондодержателем, оплата за оказанную медицинскую помощь производится за счет средств направившей медицинской организации.

Выдача направлений на плановую консультацию и диагностические исследования врачами-специалистами медицинских организаций, не являющихся Фондодержателями, осуществляется по согласованию с Фондодержателем, за исключением комиссии по постановке на воинский учет, призывной комиссии или военного комиссара в медицинские учреждения согласно перечню, утверждаемому Министерством здравоохранения Калининградской области в рамках организации медицинского обеспечения граждан, призываемых на военную службу, Центра временного содержания несовершеннолетних правонарушителей УВД по Калининградской области, которые не требуют согласований с Фондодержателем.

Объем обследований и консультаций, а при необходимости и госпитализация пациентов, направляемых Фондодержателями в консультативно-поликлиническое отделение ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», ФГБУ "Федеральный центр высоких медицинских технологий" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград), а также госпитализация в дневной стационар АНО «Центр офтальмологической помощи детям и подросткам «Ясный взор», определяется врачами-консультантами, врачами-специалистами учреждения без согласования с Фондодержателем.

Объем обследований и консультаций пациентов, направляемых Фондодержателями в межрайонные отделения первичной диагностики рака, в кабинеты врача-пульмонолога, респираторной реабилитации ГБУЗ КО «Городская больница №3», также определяется врачами-консультантами указанных отделений, в том числе, при необходимости, пациенты направляются на обследование в ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» и другие медицинские организации, без согласования с Фондодержателем.

Контроль за обоснованностью госпитализации, консультативных приемов, диагностических обследований осуществляет страховая медицинская организация.

3.8. Направление фондодержателя не требуется при оказании паллиативной медицинской помощи, по социально-значимым видам медицинской помощи, по родовспоможению, при онкологических, гинекологических и стоматологических заболеваниях, при обращении в центр профессиональной патологии ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», при посещении школы здоровья для детей, страдающих сахарным диабетом, находящихся на непрерывном введении инсулина (инсулиновая помпа), при выездных консультативных приемах главных специалистов Министерства здравоохранения Калининградской области и специалистов ФГБУ "Федеральный центр высоких медицинских технологий" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград) (профили «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология-ортопедия») при направлении больных после пластики, эндопротезирования и реэндопротезирования крупных суставов на долечивание в ГБУЗ Калининградской области «Пионерская городская больница» и в ГБУЗ Калининградской области «Зеленоградская центральная районная больница», а также в соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 года № 624н, при закрытии листа нетрудоспособности медицинской организацией, направившей гражданина на долечивание (реабилитацию) в санаторий.

Медицинская помощь в ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области» по дерматологии оказывается без направления Фондодержателей.

Проведение медицинских осмотров застрахованных лиц, поступающих на социальное обслуживание в государственное бюджетное учреждение социального обслуживания Калининградской области «Центр социальной реабилитации для наркозависимых граждан «Большая поляна» (Гвардейский район, п. Орехово, Правдинский район, п. Ново-Бобруйск) и дальнейшее их медицинское обслуживание оказывается без направления Фондодержателей.

3.9. Оказание амбулаторной медицинской помощи в рамках диспансеризации больных, подвергшихся воздействию радиации в результате аварии на Чернобыльской АЭС в 1986 году, на базе Чернобыльского центра (ГБУЗ Калининградской области «Городская больница № 3») осуществляется без направления Фондодержателя с последующим информированием Фондодержателя о результатах обследования путем направления письменного заключения из Чернобыльского центра в медицинскую организацию по месту прикрепления больного.

3.10. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, работающих в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области, осуществляется по полису, действующему на дату окончания лечения застрахованного лица.

3.11. Сумма средств подушевого норматива финансирования за прикрепленных застрахованных перечисляется на расчетный счет Фондодержателей страховыми медицинскими организациями за вычетом:

3.11.1) расходов на оплату стоимости медицинских услуг, оказанных прикрепленным застрахованным в соответствии с настоящим Порядком в других медицинских организациях;

3.11.2) сумм, не подлежащих оплате по результатам проведения вневедомственного экспертного контроля медицинской помощи и реестров.

3.12. В амбулаторных медицинских организациях, в том числе оказывающих медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях, оплате из средств ОМС подлежат обращения (законченный случай) и посещения с профилактическими и иными целями.

Оплата обращений и посещений производится по следующим видам:

- лечебно-диагностические посещения;
- лечебно-диагностические посещения на дому;
- консультативные приемы;
- профилактические посещения;
- профилактические осмотры на дому (патронажи);
- профилактические осмотры;
- комплексные обследования (Центры здоровья);
- посещения в связи с оказанием неотложной помощи;
- обращение по поводу заболевания.

3.13. Учет объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает:

3.13.1 посещения с профилактическими и иными целями:

1) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с

порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в связи с патронажем;

2) посещения с иными целями, в том числе:

- в связи с оказанием паллиативной помощи;
- в связи с другими обстоятельствами (получение справки, направления на госпитализацию других медицинских документов);

- медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

3) разовые посещения в связи с заболеванием.

3.14 посещения в связи с оказанием неотложной помощи.

3.15 обращения (законченный случай) по поводу заболевания с кратностью посещений не менее 2-х.

3.16. Оплата диспансеризации (I-этап) и профилактических медицинских осмотров осуществляется по законченному случаю (комплексное посещение), II этап диспансеризации – по посещениям.

3.17. Обращение по поводу заболевания – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

Обращение как законченный случай по поводу заболевания складывается из первичных и повторных посещений.

Законченным случаем в амбулаторных условиях при выполнении необходимого объема лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, является оказание помощи:

- при остром заболевании от момента обращения пациента до момента выздоровления;

- при обострении хронического заболевания от момента обращения пациента до 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 Талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

При острых и обострении хронических заболеваний, травмах, требующих длительного и непрерывного (более 2 месяцев) лечения от момента обращения больного до достижения результата, реестры формируются по посещениям.

3.18. Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещения центров здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическими осмотрами, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

3.19. Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 года №1346н), проводятся территориальными детскими поликлиниками по месту пребывания ребенка.

В случае отсутствия лицензии на медицинскую деятельность в части выполнения работ (услуг), необходимых для проведения диспансеризации, поликлиника привлекает медицинских работников иных медицинских организаций в соответствии с заключенными между этими медицинскими организациями договорами.

3.20. Диспансеризация определенных групп взрослого населения и профилактические осмотры в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03 февраля 2015 года №36н «Об утверждении Порядка проведения диспансеризации определенных групп

взрослого населения» и от 6 декабря 2012 года №1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» проводятся территориальными поликлиниками (по приписке застрахованного лица).

3.21. Оплата медицинской помощи новорожденным со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители, медицинской организации из средств фондодержателя по месту прикрепления законного представителя.

3.22. Оказание неотложной медицинской помощи в приемных отделениях и на первичных приемах в кабинетах неотложной травматологии и ортопедии медицинских организаций гражданам, которые впоследствии не госпитализированы, относится к неотложным посещениям, включает в себя весь объем оказанной медицинской помощи (все проведенные врачебные осмотры, диагностические и лабораторные исследования и т.д.) и оплачивается на основании талона амбулаторного пациента, записей в журнале приема и отказа в госпитализации по утвержденному тарифу посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях. Реестры формируются на основании полиса ОМС по принадлежности к страховой медицинской организации. Повторные посещения указанных пациентов подаются на оплату как лечебно-диагностические.

3.23. Расчеты за оказанную медицинскую помощь ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» осуществляются без направления Фондодержателя в пределах выделенных объемов медицинской помощи и представляются на оплату в страховые медицинские организации:

3.23.1) за врачебные посещения - по утвержденному Тарифу;

3.23.2) углубленные осмотры граждан занимающихся физической культурой и спортом – по законченному случаю обследования;

3.23.3) за услуги «реабилитация» - по утвержденному Тарифу на медицинские услуги.

3.24. *При направлении на диагностические исследования в другие медицинские организации Калининградской области оплата производится по утвержденному Тарифу стоимости исследований (приложение №3.3.4) за счет средств Фондодержателей. – исключено*

3.24. Обращения граждан за медицинской помощью самостоятельно в отделения скорой медицинской помощи, а также оказание неотложной медицинской помощи вне медицинской организации, регистрируются как неотложные посещения и оплачиваются на основании Талона амбулаторного пациента, записей в Карте оказания неотложной помощи. Реестры формируются на основании полиса ОМС по принадлежности к страховой медицинской организации.

3.25. Оплата медицинских услуг по дистанционной интерпретации электрокардиограмм с консультацией специалистов-кардиологов с использованием комплекса «ТРЕДЕКС», консультаций с использованием телемедицинских технологий производится по Тарифу стоимости

консультативного приема без направлений Фондодержателя. При этом расчеты использования комплекса «Тредекс» сотрудниками амбулаторных учреждений (поликлиники, офисы врачей общей практики, ФАПы, врачебные амбулатории и т.д.) производятся на основании договоров, заключенных между медицинскими организациями, по утвержденному тарифу.

3.26. Оплата медицинских услуг в Центрах здоровья производится страховыми медицинскими организациями за комплексное обследование, за динамическое наблюдение взрослого и детского населения по утвержденному тарифу без направления Фондодержателей.

По итогам комплексного обследования по медицинским показаниям Центры здоровья направляют пациентов на консультации к врачам-специалистам медицинских организаций без направления Фондодержателей, расчеты за оказанные консультации осуществляют страховые медицинские организации из средств Фондодержателей.

3.27. Учет посещений в «Школах здоровья» осуществляется как профилактическое посещение.

Реестры формируются по фактически состоявшимся посещениям на основании Талона амбулаторного пациента, где в строке «Цель посещения» отмечается пункт «Школа здоровья», записи в амбулаторной карте (обменной карте беременной) о проведении каждого занятия с указанием основной темы.

3.28. При осуществлении консультативных приемов при выездах главных специалистов Министерства здравоохранения Калининградской области, специалистов ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» и специалистов ФГБУ "Федеральный центр высоких медицинских технологий" Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Калининград) реестры по оказанной медицинской помощи формируются по поликлинике и приравниваются по стоимости к лечебно-диагностическому посещению на дому в соответствии с приложением № 3.3.1.

3.29. При оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению в амбулаторных медицинских организациях, фельдшерско-акушерских пунктах, врачебных амбулаториях, здравпунктах учебных заведений, врачебных (фельдшерских) кабинетах образовательных, в том числе детских дошкольных, учреждений, входящих в структуру медицинских организаций, кабинетах (центрах) по охране репродуктивного здоровья, реестры формируются по фактически состоявшимся посещениям по видам, указанным в п. 3.9, 3.11, на основании Талона амбулаторного пациента, записей в амбулаторной карте больного и записей в истории развития ребенка (медицинской карте ребенка).

3.30. При оказании стоматологической медицинской помощи, включая неотложную медицинскую помощь, оплата осуществляется по тарифу за обращение, включенное в соответствующую группу заболеваний (законченный случай лечения заболевания), и за посещения (в том числе - незаконченные случаи лечения заболеваний) (приложение № 3.3.2).

К обращениям (не менее 2 посещений) при оказании стоматологической помощи относятся случаи оказания медицинской помощи, регламентированные

нормативными документами и завершившиеся устранением причины заболевания или достижением стойкой ремиссии, при отсутствии необходимости повторного обращения по данному заболеванию в течение 30 дней со дня завершения лечения. Обращение складывается из первичных и повторных посещений.

К посещениям (в том числе к незаконченным случаям лечения заболевания) при оказании стоматологической помощи относятся: профилактический осмотр, диспансерное наблюдение, консультативные и разовые лечебно-диагностические посещения.

Оплата обращения включает все услуги (манипуляции), предусмотренные Номенклатурой медицинских работ и услуг при оказании медицинской помощи при стоматологических заболеваниях по программе обязательного медицинского страхования.

Медицинские услуги профилактического (стоматологического) осмотра, регламентированного действующими нормативными документами, предъявляются к оплате при завершеном профилактическом осмотре и не предполагают проведения лечебного процесса.

В случаях одновременного проведения профилактического осмотра и оказания стоматологической медицинской помощи по обращению, реестр счета за проведение профилактического осмотра дополнительно к тарифу не выставляется.

При предъявлении к оплате законченного случая, стоматологические профилактические осмотры входят в стоимость законченного случая.

Даты оказания профилактических осмотров, поданные на оплату, и периоды оказания законченных случаев не могут совпадать и пересекаться.

Стоимость профилактического (стоматологического) осмотра входит в стоимость законченного случая проведения диспансеризации, медицинских осмотров в Центрах здоровья и дополнительно к тарифу за комплексное посещение не выставляется.

Реестры за медицинскую помощь, оказанную в стоматологических поликлиниках (кабинетах), формируются на основании тарифов стоимости обращений и посещений на основании талона амбулаторного пациента и записей в амбулаторных картах. Реестры за медицинскую помощь, оказанную врачами-ортодонтами формируются также по посещениям.

Записи в амбулаторных картах о выполненных медицинских услугах должны сопровождаться их кодировкой в соответствии с положениями нормативных документов.

3.31 При отсутствии амбулаторных карт, историй развития ребенка или документов, подтверждающих их отсутствие в медицинской организации, посещения считаются необоснованно предъявленными к оплате.

3.32. За счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется финансирование:

3.32.1) первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, при заболеваниях, не включенных

в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ, включая 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) (приложение №3.3.1);

3.32.2) паллиативной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, в том числе выездными патронажными службами, по утвержденному тарифу (приложение № 3.3.1);

3.32.3) санитарно-просветительской работы ГБУЗ «Центр медицинской профилактики и реабилитации Калининградской области» по подушевому нормативу (приложение № 3.3.3);

3.32.4) исследований, проводимых в консультативно-диагностической поликлинике ГАУ Калининградской области «Региональный перинатальный центр», по утвержденному тарифу стоимости (приложение № 3.3.4);

3.32.5) обследований беременных женщин на инфекции, передаваемые половым путем, в объеме, определенном приказом Управления здравоохранением Администрации Калининградской области от 15.12.2002 года № 320, в ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области» по направлению врачей гинекологов медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь и работающих в системе ОМС Калининградской области. Оплата указанных исследований беременных женщин производится по утвержденному подушевому нормативу (приложение №3.3.3);

3.32.6) кабинетов детских образовательных учреждений, входящих в структуру медицинских организаций, по утвержденному подушевому нормативу, за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования (приложение № 3.3.3);

3.32.7) медицинской помощи, оказанной врачами-ортодонтами в государственных медицинских организациях детскому населению, за исключением лечения с использованием несъемных ортодонтических конструкций (приложение №3.3.2);

3.32.8) медицинского освидетельствования на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) лиц, направленных на освидетельствование органами дознания, органами, осуществляющими оперативно-розыскную деятельность, следователем, судьёй или должностным лицом, осуществляющим производство по делу об административном правонарушении.

При направлении медицинскими организациями, работающими в системе ОМС Калининградской области, биологических объектов на химико-токсикологическое исследование в ГБУЗ «Наркологический диспансер

Калининградской области», в случаях, когда такое направление является обязательным в рамках действующего законодательства (ДТП, ранения и т.д.), оплата исследования этими медицинскими организациями не производится. По мере поступления процессуальных запросов, они должны представляться в ГБУЗ «Наркологический диспансер Калининградской области».

4. В части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях установить:

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

4.1.1 - базовой программы ОМС в сумме 3 777,72 рублей;

4.1.2- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 925,30 рублей».

4.2. Утвердить размер средней стоимости законченного случая лечения для расчета тарифа по медицинской помощи, оказываемой стационарно:

4.2.1 - в рамках базовой программы ОМС в сумме 18 347,82 рублей;

4.2.2 - на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 66 612,30 рублей.

4.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях устанавливаются:

4.3.1. тариф стоимости случая госпитализации при оказании медицинской помощи в стационарных условиях на 2016 год (приложение № 3.4.1);

4.3.2. перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования и норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи на 2016 год (приложение № 3.4.2);

4.4. Размер среднемесячных подушевых нормативов на одного застрахованного жителя области на 2016 год (медицинская помощь в стационарных условиях) и тариф стоимости на прочие виды медицинских и иных услуг на 2016 год (приложение № 3.4.3);

4.5. Стоимость лечения в стационаре определяется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

Законченным случаем стационарного лечения является ограниченный временным интервалом объем медицинской помощи, оказанный пациенту по основному заболеванию в медицинской организации, со следующими результатами лечения: выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, летальный исход.

4.6. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную при социально-значимых заболеваниях в условиях круглосуточного стационара, в том числе по профилю «Медицинская реабилитация» (ГБУЗ «Противотуберкулезный санаторий Калининградской области», ГБУЗ «Детский противотуберкулезный санаторий Калининградской области») осуществляются также за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, за исключением случаев лечения в ГБУЗ «Психиатрическая больница Калининградской области №4», в отделении специализированного типа № 1, отделениях №№ 4, 7, 8 ГБУЗ «Психиатрическая больница Калининградской области № 2», в случаях недобровольной госпитализации и принудительного лечения по решениям судов, а также лечение лиц с психическими расстройствами, утративших социальные и родственные связи, нуждающихся в длительном стационарном лечении и наблюдении, и имеющих противопоказания к переводу в социальные учреждения стационарного обслуживания для лиц, страдающих психическими расстройствами.

В этих случаях оплата производится по фактическому пребыванию больного в стационаре, независимо от нозологии. Реестр заполняется ежемесячно по фактически проведенным койко-дням за каждого находящегося на стационарном лечении с указанием «продолжает болеть», в случае выписки из медицинской организации в отчетном месяце – на основании карты выбывшего из стационара, в случае перевода в другую медицинскую организацию – на основании переводного эпикриза.

4.7. При оказании медицинской помощи до 3-х и менее суток, в рамках которой проводится диагностика, динамическое наблюдение и проведение лечебно-диагностических мероприятий, осуществляется уточнение диагноза поданных на оплату как законченный случай, случаи лечения оплачиваются в размере 30% стоимости законченного случая за исключением оказания медицинской помощи эндоскопическим методом или случаев лечения нозологий с нормативным сроком 3 и менее суток.

4.8. В случае перевода в другое отделение медицинской организации или другую медицинскую организацию, оплата производится пропорционально сроку пребывания больного в стационаре, за исключением случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.9. При изменении тарифа стоимости оплата производится исходя из действующих тарифов стоимости медицинской услуги на момент выписки больного.

4.10. Оплата сверх установленных объемов производится в пределах максимальной работы койки в году в отделениях:

- родильном,
- патологии новорожденных,
- радиологическом,
- онкохимиотерапии,
- гематологическом (в части острых лейкозов и гемофилии).

4.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в отделениях радиологии и онкохимиотерапии ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской

области», онкологическом отделении ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области», паллиативной медицинской помощи производится без направления Фондодержателя.

4.12. При направлении на диагностические исследования в другие медицинские организации больных, находящихся на стационарном лечении, расчеты производятся на основании договоров, заключенных между медицинскими организациями по тарифам, предусмотренным приложением № 3.3.4.

4.13. Реестр заполняется на основании карты выбывшего больного из стационара, в случае перевода больного в другое отделение – на основании переводного эпикриза. Медицинские организации, имеющие в своем составе отделения (палаты) новорожденных, формируют реестр новорожденных на основании карты развития новорожденного.

4.14. В электронной версии реестра заполняются (вносятся) следующие сведения:

4.14.1) госпитализация экстренная или плановая;

4.14.2) наименование Фондодержателя, направившего больного на госпитализацию (при направлении главного специалиста органов управления здравоохранением – указывается наименование медицинской организации по прикреплению пациента);

4.14.3) регистрация пациента по месту фактического проживания.

4.15. При переводе больного из одного отделения в другое представляются все сведения о больном для формирования реестров в текущем месяце. При этом в графе «Исход госпитализации» указывается «Перевод».

4.16. Перевод на долечивание из стационара круглосуточного пребывания в дневной стационар производится с формулировкой – выписан в дневной стационар. Перевод больного (если больной не приписан к данной медицинской организации) производится только при наличии направления в дневной стационар от Фондодержателя.

4.17. Перевод на медицинскую реабилитацию из стационара круглосуточного пребывания производится с формулировкой – выписан на реабилитацию и оплата производится по утвержденной стоимости лечения.

4.18. В случаях прерывания курса реабилитации по медицинским показаниям (направление на госпитализацию в медицинскую организацию по профилю исключаемой патологии или проведение запланированной ранее диагностического обследования) пациент имеет право продолжить курс реабилитации в пределах средне - сложившегося нормативного срока после исключения патологии или состояний.

Дни стационарного обследования и/или лечения в медицинской организации оплачиваются по реестру стационара без направления Фондодержателя и исключаются из оплаты стоимости законченного случая реабилитации. Срок реабилитации не продлевается на срок обследования или лечения в другой медицинской организации.

Реестр по реабилитации формируется:

4.18.1) с момента поступления до момента перевода с исходом «переведен в другое медицинскую организацию»,

4.18.2) с момента повторного поступления до момента выписки. История болезни ведется одна, при включении в реестр второй позиции к номеру истории добавляется буквенное значение, например «А».

4.19. При обнаружении в реестрах одновременного лечения пациента в разных отделениях одной медицинской организации или в различных медицинских организациях, за исключением медицинских организаций стоматологического профиля, при проведении амбулаторных операций врачом-онкологом в ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», и при проведении медицинских осмотров врачами-специалистами поликлинического отделения ГБУЗ «Детская областная больница Калининградской области» детей, находящихся на койках сестринского ухода указанной больницы, во всех остальных случаях, проводится экспертиза с последующим удержанием необоснованно выплаченных сумм.

4.20. Случаи лечения заболеваний с удлинённым или укороченным сроком более чем на 50 процентов от установленного стандартом медицинской помощи или средне сложившегося для всех застрахованных лиц в отчетном периоде с заболеванием, для которого отсутствует утверждённый стандарт медицинской помощи подлежат экспертизе.

4.21. Лечение онкологических заболеваний в отделениях других профилей оплачивается по Тарифу на стационарную медицинскую помощь данного отделения. Симптоматическое лечение онкопатологии оплачивается по фактическому пребыванию больного в стационаре.

4.22. Оплата методов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно перечню, производится по нормативу финансового обеспечения в соответствии с приложением № 3.4.2.

Порядок обследования и направления пациентов для проведения указанных методов лечения утверждается Министерством здравоохранения Калининградской области в рамках выделенных объемов в системе обязательного медицинского страхования.

4.23. При отклонении от оплаты по результатам экспертизы случая лечения по указанным методам высокотехнологичной медицинской помощи медицинская организация формирует дополнительный реестр на оплату и представляет в страховые медицинские организации в течение первых 5 рабочих дней месяца, следующего за датой отклонения. Повторной экспертизе данный случай лечения не подлежит. Экономические санкции и штрафы применяются по кодам дефектов в соответствии с приложением №6.1. Все случаи оказанной высокотехнологичной медицинской помощи, поданные на оплату, в 100% подлежат медико-экономической экспертизе.

4.24. Разрешено оказание видов высокотехнологичной медицинской помощи с формированием соответствующих счетов на оплату в следующих случаях:

4.24.1- Реконструктивные вмешательства на экстракраниальных отделах церебральных артерий - в отделениях по профилю оказания медицинской помощи

«сердечно – сосудистая хирургия» в соответствии с положениями п.20 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012г. № 918н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно – сосудистыми заболеваниями» и п.10 Приложения № 14 вышеуказанного Приказа;

4.24.2- Коронарная реваскуляризация миокарда с применением ангиопластики в сочетании со стентированием при ишемической болезни сердца - в отделениях по профилю оказания медицинской помощи «Неотложная кардиология» в соответствии с положениями п.20 Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012г. № 918н « Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с сердечно – сосудистыми заболеваниями» и Приказа Министерства здравоохранения РФ от 06.09.2005 г. № 548 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда»;

4.24.3- Реконструктивные и декомпрессивные операции при травмах и заболеваниях позвоночника с резекцией позвонков, корректирующей вертебротомией с использованием протезов тел позвонков и межпозвоночных дисков, костного цемента и остеозамещающих материалов с применением погружных и наружных фиксирующих устройств - в отделениях по профилю оказания медицинской помощи «Нейрохирургия» в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 07.11.2012г. № 653н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при дегенеративных заболеваниях позвоночника и спинного мозга»;

4.24.4- Микрохирургические вмешательства при патологии сосудов головного и спинного мозга, внутримозговых и внутрижелудочковых гематомах – в отделениях по профилю оказания медицинской помощи «Неврологическое отделение для лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения» в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 года № 928н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения».

4.25. Допускается оплата из средств ОМС нозологий, не вошедших в тариф стоимости данного профиля по фактическому пребыванию, но не более 7 дней, далее решение о доплате принимается по результатам проведенной страховой медицинской организацией вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи, обосновывающей сроки пребывания больного с указанием причин длительности лечения.

4.26. При наличии в перечне нозологий трехзначной рубрики МКБ и отсутствии соответствующих ей подрубрик стоимость медицинской услуги определяется по основной рубрике.

4.27. Расчет фактического пребывания больного в стационаре определяется следующим образом:

- день поступления и день выписки учитывается за 1 день;
- в случае совпадения дня поступления и дня выписки из стационара количество койко-дней считать за один;

- при переводе внутри медицинской организации день выписки из одного отделения и поступления в другое отделение указываются одной датой.

4.28. Оплата медицинской реабилитации, оказанной больным, в том числе, в условиях санаторно-курортных организаций, (кроме противотуберкулезных санаториев), как этап в общем процессе лечения отдельных заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи осуществляется по законченному случаю, пропорционально проведенному времени (учитывается каждый день пребывания больного).

4.29. За счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи в стационарных условиях, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется финансирование:

4.29.1 медицинской помощи, оказанной при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ) (приложение №3.4.1);

4.29.2 паллиативной медицинской помощи (приложение №3.4.1);

4.29.3 медицинской помощи в Домах ребенка по утвержденному подушевому нормативу (приложение № 3.4.3);

4.29.4 санаторной медицинской помощи больным туберкулезом по утвержденному тарифу стоимости (приложение №3.4.3);

4.30. При наличии в медицинской организации лицензии на виды работ (услуг), предусмотренных законодательством Российской Федерации, наличии

специалиста соответствующего профиля и выделенных в структуре учреждения коек для оказания данного вида медицинской помощи, реестры на оплату медицинской помощи формируются на основании прейскуранта нозологий данного профиля (например, реестры на оплату медицинской помощи, оказанной женщинам в хирургическом отделении на койках гинекологического профиля, при соблюдении Порядков оказания медицинской помощи, утвержденных приказами Министерства здравоохранения РФ, должны формироваться на основании прейскуранта стоимости гинекологического отделения соответствующего уровня).

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

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 в год, подлежащих оплате за счет средств:

5.1.1 - базовой программы ОМС в сумме 679,56 рублей;

5.1.2- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 14,80 рублей.

5.2. Утвердить размер средней стоимости законченного случая лечения для расчета тарифа по медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

5.2.1 - в рамках базовой программы ОМС в сумме 7 405,4 рублей;

5.2.2- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 11 498,00 рублей.

5.3. Госпитализация в дневные стационары осуществляется по направлениям Фондодержателя, за исключением госпитализаций в дневной стационар ГБУЗ «Центр специализированных видов медицинской помощи Калининградской области», химиотерапевтический и радиологический дневные стационары ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», а также в дневные стационары гинекологического профиля и при социально-значимых заболеваниях.

5.4. При получении медицинской помощи в дневном стационаре менее установленного срока лечения оплата производится за фактически проведенные пациенто-дни.

5.5. В случае госпитализации больного Фондодержателем в дневной стационар подведомственной медицинской организации оплата производится в пределах выделенных объемов по утвержденным тарифам.

5.6. Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов оплачивается по Тарифу стоимости (приложения № 3.5.1) в пределах утвержденных объемов (Решение Комиссии от 31 мая 2016 года, Протокол №4 приложение №12)» в соответствии с нормативом на одно застрахованное лицо, утвержденным Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Калининградской области медицинской помощи на 2016 год.

5.7. Оплата за мероприятия по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) производится по законченному случаю в соответствии с утвержденным Тарифом стоимости (приложение № 3.5.4).

5.8. Порядок обследования и направления пациенток на экстракорпоральное оплодотворение утверждается приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

5.9. Оказание медицинской услуги на проведение заместительной почечной терапии методом гемодиализа и перитонеального диализа осуществляется в отделениях диализа при нахождении больного на стационарном лечении непосредственно в специализированных отделениях, а также в Центрах при проведении амбулаторного лечения больных. Отбор больных для проведения гемодиализа и перитонеального диализа осуществляется Комиссией, создаваемой приказом Министерства здравоохранения Калининградской области, и оформляется в виде Решения. Оплата оказанных услуг за проведенный

гемодиализ и перитонеальный диализ производится по утвержденному тарифу стоимости (приложение № 3.5.3).

Реестры на оплату заместительной почечной терапии методами гемо- и перитонеального диализа (далее – диализа) формируются как стационарзамещающий вид медицинской помощи ежемесячно с указанием дат начала, окончания лечения, количества проведенных сеансов, стоимости сеанса и суммы лечения. Информация о количестве законченных и незаконченных случаев лечения методом диализа содержится в справке программного продукта «Реестры амбулаторных медицинских услуг». Справка формируется на основании базы данных программы «Реестры амбулаторных медицинских услуг», в электронном варианте которой имеется соответствующая опция («лечение продолжено», «лечение завершено»). Законченным случаем заместительной почечной терапии можно считать госпитализацию в круглосуточный стационар, направление в федеральный центр, летальный исход и т. п.

5.10 Стоимость амбулаторной операции определяется Тарифом на амбулаторные хирургические операции, проводимые на базе амбулаторных медицинских организаций и подразделений, (приложению №3.5.2).

5.11. При формировании реестра по амбулаторной хирургии (приложением № 3.5.5) для указания диагноза используются коды нозологий по МКБ-10 из перечня амбулаторных операций, который утверждается Министерством здравоохранения Калининградской области и территориальным фондом обязательного медицинского страхования Калининградской области. При проведении множественных хирургических операций по поводу одного и того же заболевания (папиллома и других доброкачественные образования кожи) на оплату подается один законченный случай с использованием кода нозологии по МКБ – 10 со стоимостью лечения для множественных вмешательств (двойная оплата единичного случая)

5.12. За счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, осуществляется финансирование медицинской помощи, оказанной при заболеваниях, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (заболевания, передаваемые половым путем, вызванные вирусом иммунодефицита человека, синдром приобретенного иммунодефицита, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе, связанные с употреблением психоактивных веществ) по утвержденному Тарифу (приложение №3.5.1).

6. В части скорой и скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации установить:

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 в год, подлежащих оплате за счет средств:

6.1.1 - базовой программы ОМС в сумме 517,03 рублей;

6.1.2- на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой ОМС в сумме 92,20 рублей.

6.2. Размер подушевого норматива финансирования скорой и скорой специализированной медицинской помощи (приложение №3.6.1)

6.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой скорой медицинской помощью вне медицинской организации (приложение №3.6.2);

6.4. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (приложение №3.6.3)

6.5 Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по специализации выезжающих бригад: специализированной, врачебной общепрофильной, фельдшерской.

6.5.1 Оплате подлежат выезды для осуществления медицинской эвакуации в соответствии с Правилами осуществления медицинской эвакуации при оказании скорой медицинской помощи, утвержденной приказом МЗ РФ от 20.06.2013 года №388н: безрезультатные вызовы, попутные вызовы.

6.6. Оплате подлежат только вызовы скорой медицинской помощи, зарегистрированные в «Информационной системе скорой медицинской помощи Калининградской области» (далее - ИССМП).

Вызовы в ИССМП поступают:

- при централизованном управлении бригадами скорой медицинской помощи - через объединенный информационный диспетчерский пункт ГБУЗ КО «Городская станция скорой медицинской помощи»;

- при децентрализованном управлении бригадами скорой медицинской помощи – через автоматизированное рабочее место отделений (станций) скорой медицинской помощи государственных медицинских организаций и медицинских организаций иных форм собственности, возможна передача вызова по телефону.

При вызове скорой медицинской помощи осуществляется обязательная аудиозапись обращений пациентов.

6.7. Не подлежат оплате вызовы, не зарегистрированные в ИССМП и не подтвержденные электронными картами вызовов, контрольными талонами.

Дополнительно в электронную карту вызова вносятся следующие данные – дата смены, № контрольного талона, время поступления вызова, время получения вызова бригадой скорой медицинской помощи, время доезда, адрес вызова скорой медицинской помощи.

6.8. Медицинские организации иных форм собственности выделяют постоянные бригады (фельдшерские, врачебные) для оказания скорой медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования.

6.9. Расчеты за оказанную скорую медицинскую помощь государственными медицинскими организациями и организациями иных форм собственности жителям других муниципальных образований, не закрепленных для

обслуживания за указанными медицинскими организациями, производятся страховыми медицинскими организациями путем вычета стоимости услуги скорой медицинской помощи из средств подушевого финансирования скорой медицинской помощи по месту приписки застрахованного.

6.10. Расчеты за оказанную скорую медицинскую помощь медицинскими организациями иных форм собственности производятся за фактически выполненные объемы медицинской помощи (в пределах утвержденных Комиссией объемов) по утвержденному тарифу и в соответствии с Регламентом, утверждаемым приказом Министерства здравоохранения Калининградской области.

6.11. Оплата скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями по утвержденному тарифу за счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования (приложение №3.6.2).

6.12. *Обращения граждан за медицинской помощью самостоятельно в отделения скорой медицинской помощи, а также оказание неотложной медицинской помощи вне медицинской организации, регистрируются как неотложные посещения и оплачиваются на основании Талона амбулаторного пациента, записей в Карте оказания неотложной помощи. Реестры формируются на основании полиса ОМС по принадлежности к страховой медицинской организации. – перенесен в пункт 3*

6.13. С учетом поводов к вызовам скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в соответствии с положениями пунктов 11 и 13 Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 июня 2013 г. № 388н, сроки (время) доезда до пациентов бригад скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи в экстренной форме установлено до 20 минут.

6.14. *При направлении электрокардиограмм с использованием комплекса «Тредекс» бригадами скорой медицинской помощи оплата медицинских услуг по дистанционной интерпретации электрокардиограмм с консультацией специалистов-кардиологов с использованием комплекса «ТРЕДЕКС», консультаций с использованием телемедицинских технологий производится по Тарифу стоимости консультативного приема без направлений Фондодержателя. При этом расчеты за оказанные услуги с использованием комплекса «Тредекс» осуществляют страховые медицинские организации из средств подушевого норматива, утвержденных для скорой медицинской помощи. - исключено*

6.15. Критерии отбора для проведения целевой экспертизы при оказании скорой медицинской помощи:

- получение жалобы от застрахованного лица или его представителя;
- случаи летальных исходов в присутствии бригады скорой медицинской помощи;

- повторный обоснованный вызов скорой медицинской помощи в течение 24 часов (обращение в течение календарного дня) по поводу одного и того же заболевания (тот же код МКБ) тем же профилем бригады (фельдшерской, общеврачебной или специализированной), за исключением этапного оказания скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады специалистами фельдшерской или общеврачебной бригады, а также последующей перевозки пациента (один и тот же тариф в реестре).

6.16. В рамках тематических экспертиз контролируются случаи дорожно-транспортных происшествий, в том числе соблюдение утвержденной маршрутизации.

6.17. За оказанные медицинские услуги по скорой медицинской помощи взрослому и детскому населению реестры формируются на основании электронной карты вызова скорой медицинской помощи.

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.

1. 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 на 2016 год установлен приложением № 4.1.1.

V. Заключительные положения.

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с 1 января 2016 года и действует до 31.12.2016 года.

2. Признать утратившим силу Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год в редакции от 31.05.2016 г.

3. Документы, принятые в рамках настоящего Соглашения, являются обязательными к исполнению на территории Калининградской области.

4. Соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению всех Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Соглашения с момента их подписания Сторонами. Инициатором пересмотра или изменения Соглашения может выступить любая из Сторон.

5. При поступлении дополнительных средств на реализацию программы ОМС, сверх утвержденных ассигнований в законе «О бюджете территориального фонда ОМС Калининградской области на 2016 год», либо в случае перераспределения доходов, поступивших в бюджет территориального фонда ОМС Калининградской области на 2016 год, базовые тарифы могут индексироваться.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной гражданам, не идентифицированным в системе обязательного медицинского страхования, а

также не застрахованным в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет межбюджетных трансфертов на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в том числе оплата медицинской помощи, оказываемой не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию гражданам в части видов медицинской помощи и по заболеваниям, входящим в базовую и сверх базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с приложением № 5 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Калининградской области на 2016 год.

7. В случае возникновения споров по настоящему Соглашению стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Подписи сторон

Министр здравоохранения
Калининградской области

Сиглаева Людмила Михайловна

Заместитель министра
здравоохранения
Калининградской области

Николаева Татьяна Николаевна

Заместитель начальника
департамента финансово-
экономической и юридической
работы – начальник отдела
планирования, экономики и
организации здравоохранения
Министерства здравоохранения
Калининградской области

Стриженкова Ангелина
Вячеславовна

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования
Калининградской области

Анохин Виктор Дмитриевич

Первый заместитель директора
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Калининградской
области

Перцева Галина Николаевна

Начальник финансово-
экономического отдела

Старостина Галина Яковлевна

территориального фонда
обязательного медицинского
страхования
Калининградской области

Исполнительный директор
Калининградского филиала
Акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-
Мед»

Генеральный директор
Акционерного общества
«Областная медицинская
страховая компания»

Заместитель директора Филиала
общества с ограниченной
ответственностью «Росгосстрах
-Медицина» в Калининградской
области

Главный врач Государственного
автономного учреждения
здравоохранения «Областная
стоматологическая
поликлиника Калининградской
области»

Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения
Калининградской области
«Центральная городская
клиническая больница»

Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения «Областная
клиническая больница
Калининградской области»

Заместитель председателя
общественной организации
«Калининградское областное

Дивакова Лариса Владимировна

Семенюк Элеонора Борисовна

Тугушев Олег Каримович

Волков Евгений Борисович

Куликов Сергей Иванович

Поляков Константин Иванович

Орлова Елена Васильевна

объединение организаций
профсоюзов»

Председатель Калининградской
областной организации
профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации
Заместитель председателя
Калининградской областной
организации профсоюза
работников здравоохранения
Российской Федерации

Председатель региональной
общественной организации
«Врачебная палата
Калининградской области»,
главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения
Калининградской области
«Полесская центральная
районная больница»

Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения «Детская
областная больница
Калининградской области»,
член Совета региональной
общественной организации
«Врачебная палата
Калининградской области»

Главный врач Государственного
бюджетного учреждения
здравоохранения
Калининградской области
«Нестеровская центральная
районная больница», член
региональной общественной
организации «Врачебная палата
Калининградской области»

Сергутко Ирина Леонидовна

Рудь Людмила Алексеевна

Краснова Ольга Геннадиевна

Маляров Александр
Михайлович

Китлинская Нина Николаевна

