

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ НА 2024 ГОД

г. БРЯНСК

25 декабря 2023 года

Представители:

органа исполнительной власти Брянской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Брянской области, в лице директора Департамента здравоохранения Брянской области Галаганова С.А.;

территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области (ТФОМС Брянской области) в лице директора ТФОМС Брянской области Зайцевой М.А., первого заместителя директора ТФОМС Брянской области Родиной А.Н.;

страховых медицинских организаций в лице директора Брянского филиала ООО «Альфастрахование-ОМС» Мартыненко А.А., директора Брянского филиала ООО СК «Ингосстрах-М» Шачнева И.А.;

профессиональных союзов медицинских работников в лице председателя Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Быковского В.В., члена Брянской областной организации профсоюза работников здравоохранения Шидловского Д.А.;

медицинских профессиональных некоммерческих организаций в лице председателя правления Брянской региональной общественной организации взаимодействия медицинских работников «Врачебная палата» Панова М.Г., члена Брянской региональной общественной организации взаимодействия медицинских работников «Врачебная палата» Хандожко С.В., далее именуемые стороны, заключили настоящее Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Брянской области на 2024 год (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем.

I. Общие положения.

1.1. Настоящее Тарифное соглашение заключено в соответствии с:

- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (в действующей редакции);
- Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерством здравоохранения РФ от 28 февраля 2019г. №108н (в действующей редакции);
- Порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н (в действующей редакции);
- Методическими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда ОМС по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;
- Приказом Министерством здравоохранения РФ «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Законом Брянской области от 04.12.2023 № 96-З «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Брянской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов»;
- Постановлением Правительства Брянской области от 16 декабря 2013 г. №717-П (в действующей редакции) «О создании Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования»;
- Проектом Постановления Правительства Российской Федерации «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов».

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи и медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования (далее – тарифы по ОМС), их структуры и порядка применения на территории Брянской области, а также определение размеров санкций, применяемых к медицинским организациям в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.3. Тарифы по ОМС применяются для оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в соответствии с территориальной программой ОМС застрахованным на территории Брянской области, а также для расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями лицам, застрахованным на территориях иных субъектов Российской Федерации, по видам медицинской помощи, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

1.4. Тарифы по ОМС устанавливают уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций (далее – МО) по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

1.5. Страховые медицинские организации, заключившие договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования с ТФОМС Брянской области, осуществляют расчеты с медицинскими организациями в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах объемов медицинской помощи, установленных решением Комиссии по условиям ее оказания и распределенных между МО и СМО, с учетом результатов контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи.

1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Брянской области лицам, застрахованным на территории иных субъектов Российской Федерации, осуществляется ТФОМС Брянской области в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования (далее – Правила).

1.7. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Брянской области, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

II. Способы оплаты медицинской помощи

При реализации Территориальной программы ОМС на территории Брянской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

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

– в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся для медицинского обслуживания лиц:

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), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации¹ (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.

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

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

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

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства

¹ Перечень показателей результативности деятельности медицинской организации устанавливается Министерством здравоохранения

подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

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

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

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

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

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

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от

дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении № 20, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

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

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

за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, согласно приложению № 25, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

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

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Брянской области, а также

при оказании медицинской помощи с проведением тромболитической терапии).

2.5. Финансовое обеспечение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения осуществляется за единицу объема медицинской помощи (комплексное посещение), проводимых в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

2.6. При оплате медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, может применяться способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. 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 и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

2.7. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий, 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.

2.8 Распределение объема 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) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии в имеющейся у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность указания на соответствующие работы (услуги).

2.9. Назначение 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) осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний в сроки, установленные Программой.

2.10. В рамках реализации территориальной программы ОМС осуществляется проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции ((COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа (любым из методов), в случае:

наличия у застрахованных граждан признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

наличие у застрахованных граждан новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией указанного теста медицинской организации).

2.11. Направление в медицинские организации, расположенные за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором

проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи по территориальной программы обязательного медицинского страхования, на оказание специализированной медицинской помощи в плановой форме выдается лечащим врачом медицинской организации, которую гражданин выбрал, в том числе по территориально-участковому принципу, и проходит диагностику и лечение в рамках получения первичной медико-санитарной помощи или в которой гражданин получает специализированную медицинскую помощь при необходимости перевода в другую медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также по решению «врачебной комиссии», созданной в указанных медицинских организациях.

2.11. Способы оплаты медицинской помощи, используемые при оплате медицинской помощи, оказываемой каждой медицинской организацией, включенной в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, в разрезе условий оказания медицинской помощи приведены в Приложении №1.

2.12. Порядок оплаты медицинской помощи в сфере ОМС на территории Брянской области установлен Приложением №33.

III Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассматриваются Комиссией, устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются его неотъемлемой частью.

3.2 Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с частью 7 статьи 35 Федерального закона от 29.12.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28 февраля 2019 г. №108н (в действующей редакции).

3.3 Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства обязательного медицинского страхования, предусмотренные Законом Брянской области от 4 декабря 2023 года №96-З «О бюджете территориального фонда ОМС Брянской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» в части финансового обеспечения территориальной программы ОМС.

3.4 При изменении соотношения доходной и расходной части бюджета территориального фонда ОМС может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

3.5 Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета, установленной Правилами, на основе стандартов и порядков оказания медицинской помощи и являются едиными для МО, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном заболевании или состоянии в рамках Программы ОМС.

Формирование тарифов, включая их размер и структуру, осуществляется по условиям оказания медицинской помощи, в соответствии со способами оплаты и средними нормативами финансовых затрат, установленными Территориальной программой.

3.6 Порядок формирования тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию устанавливается в соответствии с Федеральным законом "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.

3.7 В тарифы на оплату медицинской помощи в части расходов на заработную плату включено финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, предусматривающих рост заработной платы в соответствии с «дорожной картой».

3.8 Размер тарифа определяется дифференцированно с учетом коэффициента уровня (подуровня) в разрезе медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций:

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

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

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

При определении размера тарифов на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены половозрастные коэффициенты в разрезе половозрастных групп (Приложение № 6).

3.9 Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливается:

3.9.1. Средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи (средний подушевой норматив), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС, в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере 6 675,95 руб. в год.

3.9.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на 1 застрахованное лицо (ПНбаз) в размере 1 630,17 рублей в год, или в 135,85 руб. в месяц.

Значение коэффициента приведения среднего размера подушевого норматива к базовому подушевому нормативу составляет 0,24.

3.9.3 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях 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, за исключением расходов на финансовое обеспечение:

- стоматологической помощи;
- медицинских услуг в Центрах здоровья;
- медицинских услуг, оказанных в рамках работы Поезда здоровья;
- диагностических услуг, в том числе услуг на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно – сосудистой системы, эндоскопических исследований, молекулярно – генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;
- оперативных вмешательств, выполненных в амбулаторных условиях;
- посещений с неотложной целью;
- профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе второго этапа диспансеризации и углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;
- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных учреждениях;
- медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение);
- комплексных посещений «Школ для пациентов с сахарным диабетом».

3.9.4 Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций и критерии их оценки (включая целевые значения) и Порядок осуществления выплат медицинским организациям,

имеющим прикрепившихся лиц, за достижение соответствующих показателей (Приложением №8).

Доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, устанавливается в размере 1% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

3.9.5 Коэффициенты оказания медицинской помощи, медицинской организацией к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, учитывающие:

- половозрастной состав обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше к базовому подушевому нормативу финансирования (КС_{заб}), (Приложение №4);

- наличие 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 т оплату труда персонала (КД_{от}), (Приложение №5);

Значение коэффициента дифференциации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц равно единице (КД);

3.9.6 Значение коэффициента уровня медицинской организации, применяемого к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц равно единице (КУ_{мо})

3.9.7 Дифференцированные подушевые нормативы финансирования (ДП_нⁱ), не включающие средства на оплату мероприятий по проведению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, для медицинских организаций рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования по следующей формуле:

$$ДП_{н}^i = ПН_{БАЗ} \times КС_{заб}^i \times КД_{от}^i \times КУ_{мо}^i \times КД^i,$$

где:

ДП_нⁱ дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;

КС_{заб}ⁱ коэффициент половозрастного состава обслуживаемого населения, в том числе оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях лицам в возрасте 65 лет и старше, для i-той медицинской

организации;

$K_{от}^i$ коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом 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, для i -той медицинской организации;

$K_{у_{мо}}^i$ коэффициент уровня i -той медицинской организации;

K_d^i коэффициент дифференциации для i -той медицинской организации.

3.9.8 Фактические дифференцированные подушечные нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи для медицинской организации, имеющей прикрепленное население, которые рассчитываются по формуле:

$$\Phi ДП_{н}^i = ДП_{н}^i \times ПК$$

где:

$\Phi ДП_{н}^i$ фактический дифференцированный подушечный норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей.

3.9.9 Дифференцированные подушечные нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи на прикрепившихся лиц (Приложение № 7).

3.9.10 Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, а также видов расходов, не включенных в подушечный норматив, осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

3.9.11 Медицинская помощь, оказанная в амбулаторных условиях (посещение, обращение (законченный случай)), включенная в подушечный норматив оплачивается в пределах объемов, установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

3.9.12 Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин

осуществляется по тарифу за комплексное посещение (Приложение №12,13,14).

3.9.13 Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, проводимой мобильными медицинскими бригадами, и проведение указанных мероприятий в выходные дни осуществляется по тарифам комплексного посещения, дифференцированным по полу и возрасту и объему медицинских мероприятий с применением коэффициента 1,1.

3.9.14 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при обращениях в связи с заболеваниями (законченных случаев лечения заболевания с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее 2) в размере 1 020,05 руб.

3.9.15 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при обращениях по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» в размере 21 618,9 руб.

3.9.16 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при посещениях с профилактическими и иными целями в размере 377,80 руб.

3.9.17 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при посещениях с неотложной целью в размере 836,30 руб.

3.9.18 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях профилактических медицинских осмотров в размере 2 240,2 руб.

3.9.19 Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях при оплате диспансеризации в размере 2 735,2 руб.

3.9.20 Базовый норматив финансовых затрат на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии- 2 267,53 руб.;
- магнитно-резонансной томографии – 2 957,09 руб.;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 599,53 руб.;
- эндоскопического диагностического исследования – 1 119,99 руб.;
- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 8243,68 руб.;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2242,10 руб.;
- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) – 512,59 руб.

3.9.21 Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений (фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) при условии их соответствия требованиям, установленным приказом Министерства здравоохранения и социального развития России от 15 мая 2012 г. №543н «Об утверждении Положения об организации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» с учетом применения коэффициента дифференциации в размере 1,0, рассчитанного в соответствии с Постановлением №462, на 2024 год:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 615,25 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 230,5 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1 500 жителей – 2 460,9 тыс.руб.;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2 907,1 тыс.руб.;

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

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, определяются исходя из базового норматива финансовых затрат и количества лиц, прикрепленных к ним, коэффициентов специфики, применяемых к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации (Приложение №26).

3.9.22 Среднее число посещений по поводу заболеваний в одном посещении (Приложение № 11);

3.9.23 Тарифы отдельных медицинских услуг (Приложение №15);

3.9.24 Тарифы на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований с целью диагностики онкологических заболеваний, патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (Приложение №38);

3.9.25 Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, тарифы на оплату школы сахарного диабета, тарифы на оплату медицинских услуг в рамках работы Поезда здоровья (Приложение №16);

3.9.26 Тарифы оперативных вмешательств при оказании амбулаторной медицинской помощи (Приложение №17);

3.9.27 Классификатор стоматологических медицинских услуг в УЕТ и инструкцию по его применению (Приложение № 28);

3.9 Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливается:

3.9.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в стационарных условиях, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 7 338,35руб.

3.9.2 Размер базовой ставки финансирования в стационарных условиях, оплачиваемой по КСГ – 28 023,94 руб.

3.9.3 Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке составляет 0,65.

3.9.4 При определении тарифа законченного случая лечения, включенного в КСГ, учтен перечень заболеваний (состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в соответствии с приложением №4 к постановлению Правительства Российской Федерации «О Программе

государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – Программа).

3.9.5 Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №18).

3.9.6 Поправочные коэффициенты оплаты КСГ (коэффициенты специфики (КС), коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП), коэффициенты уровня (подуровня) (КУ)) (Приложение № 19).

3.9.7 Перечень КСГ при длительности госпитализации до 3-х дней включительно (Приложение №20).

3.9.8 Перечень сочетанных хирургических вмешательств № 21.

3.9.9 Перечень КСГ, предполагающих хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию (Приложение №30).

3.9.10 Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи осуществляется в соответствии с пунктами, указанными ниже.

3.9.11 К прерванным также относятся:

- а. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- б. случаи лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- в. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);
- г. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- д. случаи лечения при преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;
- е. случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
- ж. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемы лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;
- з. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям **а-ж**) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период до 3-х дней включительно, установленным в Приложении №20.

и. случаи медицинской реабилитации по КСГ st 37.002, st 37.003, st 37.006, st 37.007, st 37.024, st 37.025, st 37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Приложением №6 к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС (Группировщик).

В случае, если перевод пациента из одного отделения МО в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения МО в другое не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах **б-и**, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах **б-з**.

Приложением №20 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность лечения до 3-х дней включительно является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме не зависимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными по основаниям **а-е** и **з** определяются в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведении тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

3.9.12 В случае если пациенту выполнена хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ;
- при длительности 3 дня и более 100% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для данной КСГ.

3.9.13 Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 30% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ.

- при длительности лечения более 3-х дней в размере 80% от стоимости, определенной Тарифным соглашением для КСГ.

3.9.14 Нормативы финансовых затрат высокотехнологичной медицинской помощи с указанием кода диагноза по МКБ-10, вида лечения, модели пациента (Приложение №22).

3.9.15 Доля заработной платы расходов в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (Приложение № 34).

3.9.16 Доля заработной платы и прочих расходов в структуре тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ (Приложение №35).

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$СС_{КСГ} = БС \times КЗ_{КСГ} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС_{КСГ} \times КУС_{мо} \times КД) + БС \times КД^* \times КСЛП,$$

где:

БС размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗ_{КСГ} коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Д_{зп} доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (установленное Приложением № 4 к Программе значение, к которому применяется КД, КС и КУС);

КС_{КСГ} коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (используется в расчетах в случае, если указанный коэффициент определен в субъекте Российской Федерации для данной КСГ);

КУС_{мо} коэффициент уровня медицинской организации, в которой был пролечен пациент;

КД коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462;

КСЛП коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП).

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при

злокачественных новообразований у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением №462 от 05.2012 г равен единице.

3.9.17 Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) МО (Приложение №19.1)

3.10 Тарифным соглашением в части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.10.1 Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в условиях дневного стационара, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Брянской области, в расчете на 1 застрахованного, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 2 138,16 руб.

3.10.2 Значение коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке 0,60.

3.10.3 Размер базовой ставки финансирования в условиях дневного стационара, оплачиваемой по КСГ – 18 886,43 руб.

3.10.4 Перечень КСГ, используемых в условиях дневного стационара с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (Приложение №23).

3.10.5 Поправочные коэффициенты оплаты КСГ, используемые в условиях дневного стационара (коэффициенты специфики - Приложение № 24, коэффициенты уровня (подуровня) – (Приложение № 3).

3.10.6 Перечень КСГ, при оплате которых не применяется коэффициент уровня (подуровня) МО (Приложение №24.1).

3.10.7 Перечень КСГ, с оптимальной длительностью лечения до 3-х дней включительно (Приложение №25).

3.10.8 Перечень КСГ дневного стационара, предполагающий хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию (Приложение №32).

3.10.9 Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи осуществляются в соответствии с пунктами указанными ниже.

3.10.10 В случае, если длительность лечения составила 3 дня и менее и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере 80% от

стоимости КСГ. В случае, если длительность лечения составила более 3-х дней и пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере 100% от стоимости КСГ.

3.10.11 Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее в размере 30% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней в размере 80% от стоимости КСГ.

3.10.12 Размер базового тарифа для оплаты услуг гемодиализа в условиях дневного стационара – 6 891,000 руб., перитонеального диализа с КЗ – 6891,00 руб. Тарифы оплаты услуг диализа (Приложение №27).

3.10.13 Доля заработной платы и прочих расходов в структуре КСГ (Приложение № 36)

3.11 Тарифным соглашением в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается:

3.11.1 Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС в расчете на 1 застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования в размере 1 060,6 руб. в год.

3.11.2 Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования – 0,960.

3.11.3 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на 1 застрахованное лицо в год 1 017,84 руб., в месяц руб.84,82 в месяц.

3.11.4 Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии;

- расходов, 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;

3.11.5 Тарифы скорой медицинской помощи за вызов бригады в зависимости от ее профиля (Приложение №29).

3.11.6 Базовый норматив оплаты скорой медицинской помощи за вызов в размере 3 787,86 руб.

3.11.7 Значение коэффициента уровня i-той медицинской организации равно единице.

3.11.8 Значение коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи равно единице.

3.11.9 Значение коэффициента половозрастного состава (Приложение № 9)

3.11.10 На основе базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по формуле:

$$ДПн^i = Пн_{БАЗ} \times КС_{СМП}^i \times КД^i ,$$

где:

$ДПн^i$ дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$КС_{СМП}^i$ коэффициент половозрастного состава скорой медицинской помощи i-той медицинской организацией.

$КД^i$ коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

3.11.11 Дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи (Приложение № 10).

3.11.12 Размер среднего подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания медицинской помощи в расчете на 1 застрахованное лицо, согласно Приложению №39 к Тарифному соглашению «Дифференцированные подушевые нормативы финансирования на прикрепившихся лиц по всем видам и условиям оказания 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

4.1 За нарушения, выявленные в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию на территории Брянской области, медицинские организации несут ответственность в соответствии со статьей 40 Федерального закона 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» с применением к ним мер, предусмотренных статьей 41 Федерального закона и условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

4.2 Основанием для частичной или полной неоплаты медицинской помощи являются результаты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, осуществляемого в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

4.3 Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и уплаты медицинской организацией штрафа по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, а также обеспечения прав застрахованных граждан (далее – Перечень оснований) и коэффициенты для определения размера применяемых санкций устанавливаются приложением №31 к Тарифному соглашению.

4.4 Размер подушевого норматива финансирования, применяемый при расчете величины штрафа, применяемого к медицинской организации по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, а также ее финансового обеспечения за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества составляет:

- в амбулаторных условиях – 1 630,17 руб. в год (в соответствии с пунктом 3.9.2 Тарифного соглашения);

- при оказании скорой медицинской помощи – 1 017,84 руб. в год (в соответствии с пунктом 3.11.3 Тарифного соглашения);
- в условиях круглосуточного стационара (включая медицинскую реабилитацию в условиях стационара) – 7 338,35 руб. (в соответствии с территориальной программой государственных гарантий на 2024 год;
- в условиях дневного стационара (включая медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара) – 2 138,16 рублей. (в соответствии с территориальной программой государственных гарантий на 2024 год).

V. Заключительные положения

Тарифным соглашением устанавливаются:

5.1 Срок подачи уведомления для всех медицинских организаций до 01 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

5.2 Действие настоящего Тарифного соглашения с 01.01. 2024 года по 31.12.2024 года.

5.3 Настоящее Тарифное соглашение может быть пересмотрено по инициативе одной из сторон. Рассмотрение мотивированных предложений осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы ОМС. Внесение изменений, влекущих дополнительные расходы в течение 2024 года, возможно при наличии источника финансового обеспечения. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

5.4 Разрешение споров между сторонами по выполнению настоящего Тарифного соглашения осуществляется путем переговоров. Все неурегулированные сторонами спорные вопросы разрешаются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.



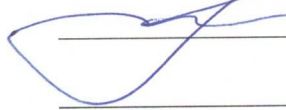
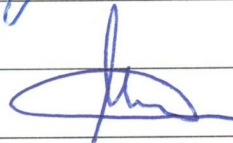





5.5 Тарифное соглашение прекращает свое действие в случае принятия органами государственной власти решений, обуславливающих невозможность его выполнения или по решению суда.

5.6 Настоящее Тарифное соглашение составлено в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу: один экземпляр хранится в Департаменте здравоохранения Брянской области, второй – в ТФОМС Брянской области. Для других Сторон Тарифного соглашения

предоставляются копии настоящего Тарифного соглашения, заверенные ТФОМС Брянской области.

5.7 Разъяснения по настоящему Тарифному соглашению предоставляет ТФОМС Брянской области.

Подписи сторон:

	(Галаганов С.А.)
	(Зайцева М.А.)
	(Родина А.Н.)
	(Шачнев И.А.)
	(Мартыненко А.А.)
	(Быковский В.В.)
	(Шидловский Д.А.)
	(Панов М.Г.)
	(Хандожко С.В.)