

---

**Тарифное соглашение**  
**в системе обязательного медицинского страхования**  
**Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**  
**на 2026 год**  
(протокол решения Комиссии по разработке ТП ОМС  
№ 14 от 30.12.2025)

## Содержание

Раздел I. Общие положения .....	3
Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре .....	5
Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи .....	10
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования .....	10
Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях .....	11
Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов .....	14
Часть 4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации).....	15
Часть 5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи).....	16
Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества .....	18
Раздел V. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями.....	19
Раздел VI. Заключительные положения .....	19
Часть 1. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов.	19
Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению .....	20



## Раздел I. Общие положения

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2026 год (далее – Тарифное соглашение) заключено в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» между:

Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрав Югры) в лице директора Паськова Романа Владимировича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – ТФОМС Югры) в лице директора Фучежи Александра Петровича;

страховыми медицинскими организациями (далее также – СМО) в лице директора Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Томина Олега Александровича, директора АСП ООО «Капитал МС» – Филиал в Ханты-Мансийском автономного округа – Югре Кузнецовой Иннесы Юрьевны;

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в лице председателя «Ассоциации работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» – Гильванова Вадима Анатольевича;

профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Региональной организации Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Меньшиковой Оксаны Геннадьевны,

включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, далее совместно именуемые «Стороны».

1. Стороны заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1.1. Тарифное соглашение разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в соответствии с:

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

Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон об ОМС).

Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

Постановлением Правительства Российской Федерации от 29.12.2025 № 2188 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов»;

Постановлением Правительства РФ от 05.11.2022 № 1998 «Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);



Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 202н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 216н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.04.2021 № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2025 № 212н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, учетной формы № 030/у-Д/с, порядка ее ведения, а также формы отраслевого статистического наблюдения № 030/о-Д/с, порядка ее заполнения»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.04.2022 № 275н «Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 185н «Об утверждении положения об организации специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27.05.2025 № 313н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

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»;

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 № 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного



медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями»;

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

Письмом от 28.01.2025 Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/115 и Федерального Фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/965 «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации);

Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 30.12.2025 № 592-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – ТПГГ на 2026-2028 гг);

Постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 27.12.2021 № 594-п «О мерах по реализации государственной программы Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Современное здравоохранение»;

Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 27.11.2025 № 89-оз «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – закон о бюджете ТФОМС Югры).

**1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения** являются согласованные сторонами размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), действующих в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (далее – ТП ОМС), порядок применения тарифов и 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.

## **Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре**

2. Оплата медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре производится следующими способами:

при оплате первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой



системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее – молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии и (или) позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скintiграфических исследований (далее – ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение; дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

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

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

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

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



финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) ;

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, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

проведения терапевтического обучения в школах для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1. Ежемесячное финансирование фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов осуществляется в размере 1/12 годового финансового обеспечения в соответствии с **Приложением 7** к Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается субъектом Российской Федерации с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности населения, обслуживаемого пунктом, к размеру финансового обеспечения пункта, обслуживающего от 101 до 800 жителей.

2.2. Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения не включается в подушевой норматив финансирования и осуществляется по тарифам, установленным в **приложениях 8-14** к Тарифному соглашению.

2.3. Порядок применения способов оплаты и методика расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц первичной медико-санитарной



помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с особенностями формирования реестров, приведены в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 14 к ТПГГ на 2026-2028 гг., в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.4.1. Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях с особенностями формирования реестров, приведен в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. 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, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением 14 к ТПГТ на 2026-2028 гг., в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

2.6. Порядок применения способов оплаты высокотехнологичной, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров счетов, приведен в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

по подушевому нормативу финансирования;

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

2.7.1. Порядок применения способов оплаты и методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведены в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.8. При оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (перечень таких медицинских организаций представлен в **приложении 4**):

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом



полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также расходы на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и расходы на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов.

2.9. Порядок применения способов оплаты и методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления приведены в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.10. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи приведен в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

В соответствии с Методическими рекомендациями при необходимости оказания медицинской помощи другой медицинской организацией по направлению с учетом выстроенной маршрутизации или иной причине (прямое Соглашение МО-исполнителя и МО-заказчика) возможно осуществлять оплату медицинской помощи – через страховую медицинскую организацию по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)) определённых тарифным соглашением для проведения межучрежденческих расчетов (далее – МУР), в том числе межтерриториальных расчетов. Порядок оплаты медицинской помощи при МУР на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры приведен в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

2.11. Проведение патолого-анатомических вскрытий (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

### **Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

#### **Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования**



3.1. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются исходя из объёма бюджетных ассигнований на реализацию ТП ОМС, установленного законом о бюджете ТФОМС Югры.

3.2. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации, устанавливаемые настоящим Тарифным соглашением, являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории автономного округа, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС.

3.3. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, определённым ТП ОМС и рассчитываются в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС, с учётом порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи и на основе клинических рекомендаций и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС.

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ОМС включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТП ОМС и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счёт средств обязательного медицинского страхования) по видам расходов согласно **приложения 2** к настоящему Тарифному соглашению.

## **Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

3.5. Возмещение расходов медицинской организации на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется по следующим группам тарифов:

- по тарифам подушевого финансирования (амбулаторный подушевой норматив финансирования);
- по тарифам посещений с профилактической целью;
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи;
- по тарифам обращений/посещений по поводу заболевания;
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг;
- по тарифам групп отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса



гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

по тарифам медицинских услуг немедикаментозных методов лечения из разделов, входящих в клинические рекомендации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в составе случая обращения по заболеванию;

по тарифам обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

по тарифам медицинских услуг, применяемых при проведении I-го, II-го этапа углубленной диспансеризации взрослого населения, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19);

в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья;

по тарифам комплексных посещений в рамках проведения школы хронических неинфекционных заболеваний, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания.

3.6. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат:

на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в амбулаторных условиях составляет 2 527,12 руб., в том числе за счет средств субвенции ФОМС 2 483,29 руб.;

на одно застрахованное лицо составляет 15 809,41 руб., в том числе за счет средств субвенции ФОМС 15 454,73 руб.

3.7. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 163,15 рубля в месяц (1 957,80 рублей в год).

3.8. Стоимость 1 УЕТ в стоматологии составляет 282,08 рублей.

3.9. Расчёт численности застрахованного прикрепленного населения автономного округа, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том



числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций осуществляется на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, передаваемых медицинской организацией в соответствии с Порядком взаимодействия при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории автономного округа, утвержденного совместным приказом Депздрава Югры и ТФОМС Югры №773/548 от 27.06.2019.

3.10. На основе нормативов объема на одно застрахованное лицо, средних нормативов финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи и численности застрахованного прикрепленного населения, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, ТФОМС Югры рассчитывает величину подушевого норматива финансирования на осуществление деятельности медицинской организации на одно застрахованное прикрепленное лицо к медицинской организации в месяц.

3.11. Тарифы подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рассчитываются ежемесячно и выносятся на утверждение членам комиссии по разработке ТП ОМС.

3.12. Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях, установлены **приложением 8** к настоящему Тарифному соглашению.

3.13. Дифференцированные по полу и возрасту тарифы комплексных посещений при проведении профилактических медицинских осмотров и I этапа диспансеризации, включая углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья установлены **приложениями 9-14** к настоящему Тарифному соглашению.

3.14. Группы тарифов, перечисленные в пункте 3.5. части 2 раздела III настоящего Тарифного соглашения (за исключением тарифов амбулаторного подушевого норматива финансирования) применяются:

для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

для оплаты случаев оказания медицинской помощи в приёмных отделениях стационара, не завершившихся госпитализацией;

для оплаты случаев оказания медицинской помощи, при которых не применяется подушевой способ финансирования медицинской организации;

для формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным прикрепленным лицам при подушевом способе оплаты медицинской помощи.

3.15. В тариф посещения (с профилактической целью, по заболеванию) включена средняя расчётная стоимость осмотра (консультации) врачом-специалистом или осмотра фельдшером (акушером), врачебных манипуляций (операций), медицинских услуг, оказанных средним медицинским работником, в том числе в процедурных и перевязочных кабинетах и на дому, оформления направлений для выполнения (назначения) лабораторных и других методов исследования, выписки



рецептов, оформления санаторно-курортных карт, справок для получения санаторно-курортных путевок.

3.16. В тариф посещения по неотложной помощи включена средняя расчётная стоимость осмотра (консультации) врачом-специалистом или осмотра фельдшером (акушером), врачебных манипуляций (операций), медицинских услуг, оказанных средним медицинским работником, в том числе в процедурных и перевязочных кабинетах и на дому, выполнение всего комплекса диагностических исследований.

3.17. В тарифы групп диагностических медицинских услуг и медицинских услуг немедикаментозных методов лечения из разделов, входящих в клинические рекомендации, включена средняя расчётная стоимость медицинских услуг, соответствующих наименованию тарифа.

3.18. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, отражены в **приложении 29** к настоящему Тарифному соглашению.

3.19. Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты для подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, отражены в **приложении 30** к настоящему Тарифному соглашению.

### **Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов**

3.20. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС:

в дневных стационарах составляет 4 887,66 руб., в том числе за счет средств субвенции ФОМС 4 112,00 руб.;

в стационарах составляет 18 697,20 руб., в том числе за счет средств субвенции ФОМС 17 594,14 руб.

3.21. Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка без учета коэффициента дифференциации – 1,748):

в условиях дневных стационаров составляет 20 688,17 руб.;

в условиях круглосуточных стационаров составляет 37 665,97 руб.

3.22. Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в клинико-статистическую группу (базовая ставка с учетом коэффициента дифференциации – 1,748):

в условиях дневных стационаров составляет 36 162,92 руб.;

в условиях круглосуточных стационаров составляет 65 840,12 руб.;

3.23. Возмещение расходов медицинской организации на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания,



дневных стационарах, стационарах на дому, центрах амбулаторной хирургии), осуществляется согласно перечню клинико-статистических групп, коэффициентов относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (**приложения 17-18** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 22** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при проведении диализа (**приложение 23** к настоящему Тарифному соглашению).

3.24. В тариф клинико-статистических групп для стационара и дневного стационара включена средняя расчётная стоимость всего комплекса медицинских услуг, оказываемых пациенту по данному заболеванию, включая реанимационные, анестезиологические, оперативные пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, медицинские услуги параклинических подразделений, а также лечебно-диагностические услуги при выявлении и лечении сопутствующей патологии, требующей коррекции в период стационарного лечения или лечения в дневном стационаре.

3.25. Тариф клинико-статистических групп для стационара и дневного стационара зависит от методов лечения:

при оказании медицинской помощи пациенту с хирургическим вмешательством, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей применение оперативных методов лечения;

при оказании медицинской помощи пациенту без хирургического вмешательства, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей консервативные методы лечения.

3.26. При изменении тарифа в период лечения пациента по всем видам помощи, оплата производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на дату завершения случая оказания медицинской помощи пациенту.

#### **Часть 4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)**

3.27. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат:

на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, составляет 9 405,45 руб. (в год), в том числе за счет средств субвенции ФОМС 9 405,45 руб.;

на одно застрахованное лицо составляет 2 297,49 руб. (в год), в том числе за счет средств субвенции ФОМС 2 297,49 руб.

3.28. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 109,22 рублей в месяц (1 310,64 рублей в год).

3.29. Возмещение расходов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации,



осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по следующим группам тарифов:

по тарифам подушевого финансирования скорой медицинской помощи (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи);

по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

по тарифам на медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.

3.30. На основе нормативов объема на одно застрахованное лицо, средних нормативов финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи и численности застрахованного обслуживаемого населения медицинской организацией ТФОМС Югры рассчитывает величину подушевого норматива финансирования на одну единицу застрахованного обслуживаемого медицинской организацией населения в месяц.

3.31. Тарифы подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, рассчитываются ежемесячно и выносятся на утверждение членам комиссии по разработке ТП ОМС.

3.32. Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа, установлены **приложением 24** к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

3.33. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в **приложении 29** к настоящему Тарифному соглашению.

3.34. Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в **приложении 31** к настоящему Тарифному соглашению.

**Часть 5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи)**

3.35. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи составляет 7 488,85 руб.

3.36. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления составляет 605,68 рублей в месяц (7 268,16 рублей в год).



3.37. Возмещение расходов медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по всем видам и условиям ее предоставления, осуществляется по следующим группам тарифов:

- по тарифам подушевого норматива финансирования медицинской помощи (подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям);

- по тарифам групп отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- по тарифам медицинских услуг немедикаментозных методов лечения из разделов, входящих в клинические рекомендации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в составе случая обращения по заболеванию;

- по тарифам обращений по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»;

- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

- по тарифам медицинских услуг, применяемых при проведении I-го, II-го этапа углубленной диспансеризации взрослого населения, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19);

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения профилактических медицинских осмотров взрослых;

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения;

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

- по тарифам комплексных посещений в рамках проведения диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья;

- по тарифам комплексных посещений при оказании медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с



сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания.

3.38. Тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления, рассчитываются ТФОМС Югры исходя из нормативов объема на одно застрахованное лицо, средних нормативов финансовых затрат на единицу объема амбулаторной медицинской помощи и численности прикрепленного застрахованного населения к медицинской организации, а также планируемого объема финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационара, оплачиваемой по подушевому нормативу на одно застрахованное прикрепленное лицо к медицинской организации в месяц.

3.39. Тарифы подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой по всем видам и условиям ее предоставления, рассчитываются ежемесячно и выносятся на утверждение членам комиссии по разработке ТП ОМС.

3.40. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления отражены в **приложении 29** к настоящему Тарифному соглашению.

3.41. Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты для подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления отражены в **приложении 32** к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Раздел IV. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества**

4.1. ТФОМС Югры и СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках ТП ОМС.

4.2. Порядок контроля и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) за нарушения, выявленные ТФОМС Югры или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках ТП ОМС, установлены 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. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определены настоящим Тарифным соглашением в соответствии с Правилами ОМС и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС на территории автономного округа (**приложение 3** к настоящему Тарифному соглашению).



## **Раздел V. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями**

5. Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, а также отдельных профилей специализированной медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС соответствуют объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленным в ТП ОМС и представлены в **приложении 33** к настоящему Тарифному соглашению.

## **Раздел VI. Заключительные положения**

### **Часть 1. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов**

6.1. Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон, включенных в состав комиссии по разработке ТП ОМС, в том числе подписания с приложением оформленных в письменной форме возражений одной из сторон по тем или иным вопросам.

6.2. Тарифное соглашение, принятое представителями сторон, является обязательным для всех участников ОМС на территории автономного округа.

6.3. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2026 года, действует до 31 декабря 2026 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2026 года, в том числе начатые ранее.

6.4. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2026 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

6.5. В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению участники системы обязательного медицинского страхования принимают все меры для их разрешения в установленном законодательством порядке.

6.6. Настоящее Тарифное соглашение и приложения к нему составлены в одном экземпляре, который хранится в ТФОМС Югры.

6.7. ТФОМС Югры доводит настоящее Тарифное соглашение до сведения всех участников системы обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, сторон и членов комиссии по разработке ТП ОМС путем размещения на собственном сайте в сети «Интернет».

6.8. Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.



## Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению

Приложение 1 «Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении, порядки применения способов оплаты медицинской помощи с особенностями формирования реестров счетов на ее оплату и методики расчета размера подушевых нормативов финансирования»;

Приложение 2 «Виды расходов, оплачиваемые за счет средств обязательного медицинского страхования»;

Приложение 3 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размеры штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»;

Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по условиям и уровням оказания медицинской помощи, имеющих и не имеющих прикрепившихся лиц»;

Приложение 5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций»;

Приложение 6 «Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численность населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот)»;

Приложение 7 «Перечень фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, и расходы на их содержание»;

Приложение 8 «Тарифы оплаты медицинской помощи при ее оказании в амбулаторных условиях»;

Приложение 9 «Тарифы проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, I этап»;

Приложение 10 «Тарифы проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

Приложение 11 «Тарифы проведения диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;

Приложение 12 «Тарифы проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, I этап»;

Приложение 13 «Тарифы медицинских услуг, применяемых при проведении I-го, II-го этапа углубленной диспансеризации взрослого населения, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)»;



Приложение 14 «Тарифы медицинских услуг, применяемых при проведении I-го, II-го этапа диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья»;

Приложение 15 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по инструментальным методам диагностики и медицинских услуг»;

Приложение 16 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по лабораторным методам диагностики и медицинских услуг»;

Приложение 17 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях дневного стационара»;

Приложение 18 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях круглосуточного стационара»;

Приложение 19 «Установленные коэффициенты уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент, а также коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе в условиях дневного стационара»;

Приложение 20 «Установленные коэффициенты уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент, а также коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе в условиях круглосуточного стационара»;

Приложение 21 «Перечень случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, для которых установлен коэффициент сложности лечения пациента (КСЛП)»;

Приложение 22 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС»;

Приложение 23 «Тарифы КСГ для оплаты услуг диализа»;

Приложение 24 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС»;

Приложение 25 «Перечень клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

Приложение 26 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

Приложение 27 «Состав клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

Приложение 28 «Простые и сложные медицинские услуги в стоматологии, не входящие в состав КСГ, и условия их применения»;



Приложение 29 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи»;

Приложение 30 «Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;

Приложение 31 «Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты подушевого финансирования скорой медицинской помощи»;

Приложение 32 «Размер подушевого норматива финансирования и коэффициенты подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления»;

Приложение 33 «Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования»;

Приложение 34 «Перечень тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациент»;

Приложение 35 «Перечень сочетанных хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации»;

Приложение 36 «Перечень однотипных операций на парных органах (частях тела)»;

Приложение 37 «Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии, при применении которых может быть применен коэффициент сложности лечения пациента»;

Приложение 38 «Таблица соответствия групп диспансерного наблюдения диагнозам по МКБ-10 при оказании медицинской помощи взрослому населению»;

Приложение 39 «Тарифы патолого-анатомических вскрытий умерших в условиях круглосуточного стационара, применяемые при межучрежденческих расчетах»;

Приложение 40 «Тарифы оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий и искусственного интеллекта при проведении функциональных исследований».

Подписи сторон:

Директор Департамента  
Здравоохранения Ханты-Мансийского  
Автономного округа – Югры


Р.В. Паськов

Директор  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.П. Фучежи




Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



О.А. Томин

Директор  
АСП ООО «Капитал МС» –  
Филиал в Ханты-Мансийском  
автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Председатель  
Ассоциации работников  
здравоохранения Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры



В.А. Гильванов

Председатель  
Региональной организации Профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



О.Г. Меньшикова