

ПОРЯДОК

применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи

1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи)

1.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) осуществляется:

По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

Подушевой норматив финансирования включает затраты на оказание первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

- на стоматологическую медицинскую помощь;
- на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО – Югры за пределами территории страхования;
- на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО – Югры;
- на оплату 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- на оплату позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией в амбулаторных условиях;
- на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация»;
- на оплату углубленной диспансеризации;
- на оплату профилактических медицинских осмотров;
- на оплату профилактических осмотров несовершеннолетних;
- на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения;
- на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- на оплату диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью;

- на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;
- на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;
- на медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению;
- на оплату проведения терапевтического обучения в кабинете «Школа для пациентов с сахарным диабетом».

Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение 7 к Тарифному соглашению).

Перечень медицинских организаций, участвующих в подушечном финансировании (Приложение 12 к Тарифному соглашению).

За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, а также медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

На территории ХМАО-Югры применяются следующие виды тарифов за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по тарифам посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам обращений/посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях; (Приложение 16 к Тарифному соглашению)
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг (ГДУ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии (Приложения 32, 35 к Тарифному соглашению);
- по тарифам углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (Приложение 21);
- по тарифам профилактических медицинских осмотров (Приложение 17 к Тарифному соглашению);
- по тарифам профилактических осмотров несовершеннолетних (Приложение 18 к Тарифному соглашению);
- по тарифам диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение 17 к Тарифному соглашению);
- по тарифам диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение 19 к Тарифному соглашению);
- по тарифам диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (Приложение 20 к Тарифному соглашению);
- по тарифам групп диспансерного наблюдения (ГДН) отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (Приложение 16 к Тарифному соглашению);

– по тарифам комплексного посещения школы сахарного диабета (Приложение 16 к Тарифному соглашению).

За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (Приложение 16 к Тарифному соглашению).

Финансирование фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, осуществляется **по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации** утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов» с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанным в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Перечень медицинских организаций имеющие фельдшерские/фельдшерско-акушерские пункты (Приложение 15 к Тарифному соглашению)

1.2. Медицинские организации ежемесячно представляют реестр счетов на оплату медицинской помощи, сформированный из случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам, включающих оказанные медицинские услуги по одному поводу обращения за медицинской помощью, по утверждённому в установленном порядке тарифам.

1.3. Законченный случай, оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в реестре счетов состоит из случая, содержащего оказанные услуги застрахованному лицу: посещения врачей и/или средних медицинских работников (ведущих самостоятельный амбулаторный приём), оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, и/или лечебных и диагностических услуг по тарифам ГДУ, и/или услуг по профилактике заболеваний, включая проведение вакцинации, углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, диспансерного наблюдения в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации. Услуги 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в рамках законченного случая в реестре счетов формируются отдельным случаем (записью), содержащим оказанные услуги застрахованному лицу.

1.4. Не допускается формирование отдельных случаев и их включение в реестр счетов на оплату медицинской помощи по одному поводу обращения за медицинской помощью, в

том числе при одном заболевании и его осложнении, в одной медицинской организации за отчетный период:

- консультативных приемов врачей-специалистов как обращения по заболеванию и/или посещений с профилактической целью, если данная консультация назначена в рамках выполнения стандарта оказания помощи по заболеванию, явившемуся причиной обращения за медицинской помощью;

- в случае хронического заболевания требующего длительного наблюдения, в течение одного отчетного периода (календарный месяц).

1.5. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи стоимость медицинской помощи складывается исходя из фактически оказанных объемов услуг. При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций ХМАО-Югры, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

1.6. Услуги посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, предъявляются на оплату по тарифам посещений, соответствующих цели обращения за медицинской помощью (с профилактической целью, по неотложной помощи, по заболеванию).

1.7. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу по тарифам, в реестр счетов медицинской организации так же включается медицинская помощь в следующих случаях:

- посещение пациента на дому;
- осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части если он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи);
- обращение с целью подбора и назначения способа контрацепции;
- динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции);
- врачебные осмотры при проведении второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- врачебные осмотры при проведении второго этапа диспансеризации определенных категорий граждан;
- врачебные осмотры при проведении диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями;
- проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи проводимой в МО гражданам, при постановке на воинский учёт, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу по видам медицинской помощи, включенным в ТП ОМС, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

1.7.1. Проведение услуг по углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по стоимости тарифа при проведении I и II этапов углубленной диспансеризации.

1.7.2. Проведение услуг по профилактическим медицинским осмотрам.

1.7.3. Проведение услуг по профилактическим осмотрам несовершеннолетних.

1.7.4. Проведение услуг по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

1.7.5. Проведение услуг по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

1.7.6. Проведение услуг диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью.

1.7.7. Проведение услуг по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

1.8. Посещение с профилактической целью в реестре медицинской помощи, формируется как один случай, содержащий не менее одного посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений с профилактической целью, а также фактически выполненные диагностические услуги/исследования (за исключением услуг 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)).

1.9. Посещение при оказании неотложной помощи формируется в реестре медицинской помощи, как случай, содержащий посещение одного или нескольких врачей разных специальностей (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме в день обращения в приемном отделении и/или в амбулаторных условиях медицинской организации, по тарифам посещений неотложной помощи.

1.9.1. В случае повторного посещения врача терапевта участкового, врача педиатра участкового, врача общей практики (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме, в период открытого случая обращения по поводу одного заболевания в одной медицинской организации, данное посещение формируется в реестре медицинской помощи в рамках случая обращения по поводу заболевания.

1.9.2. Включение в реестр медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи пациентам в приёмных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения специалиста соответствующего профиля в неотложной форме.

1.10. Обращение по поводу заболевания в реестре медицинской помощи – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, с кратностью не менее двух посещений врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием соответствующего профиля) по поводу одного заболевания и выполненные медицинские, диагностические услуги/исследования (за исключением услуг 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), который оплачивается по тарифу обращения по поводу заболевания. В обращение по поводу заболевания включаются консультативные посещения врачей-специалистов, дистанционные консультации при инфекционном заболевании, которые оплачиваются по тарифам посещений по заболеванию. Возможно закрытие случая обращения по поводу заболевания при одном посещении и одной или нескольких дистанционных консультаций при инфекционном заболевании. Услуга (тариф) дистанционной консультации при инфекционном заболевании применяется в соответствии с порядком, утвержденным Депздравом Югры.

1.10.1. Посещения по заболеванию в реестре медицинской помощи – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, содержащий одно посещение врача

(медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём) или дистанционную консультацию при инфекционном заболевании, а также выполненные диагностические услуги/исследования (за исключением услуг 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), который оплачивается по тарифам посещений по заболеванию.

1.11. Диагностические услуги (за исключением услуг 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) оплачиваются по тарифам ГДУ, и включаются в реестр медицинской помощи в составе случая медицинской помощи, либо в качестве отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием. При отнесении диагностической услуги к определенной группе необходимо руководствоваться **приложениями 22-23** к настоящему Тарифному соглашению.

1.12. Оплата прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (за исключением патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется по тарифам групп прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала. При отнесении случая выполнения прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала к определенной группе необходимо руководствоваться Правилами проведения патологоанатомических исследований, утвержденные Приказом МЗ РФ от 24.03.2016 №179-н.

1.13. Назначение 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) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний, в соответствии с утвержденным порядком маршрутизации пациентов для направления на указанные диагностические исследования.

1.13.1. Тариф «Компьютерная томография: иные исследования без контрастирования при неотложных состояниях» - исследование одной и более анатомических зон при неотложных, экстренных состояниях, в том числе при подозрении на вирусную пневмонию, а также контрольное исследование, скрининговое исследование с использованием протокола низкодозной компьютерной томографии (например, при скрининге рака легкого), не закончившиеся госпитализацией, направлено на поиск причины, приведшей к экстренному или неотложному состоянию, без подробного описания смежных анатомических зон и систем. В стоимость тарифа также включены расходы на исследование с контрастированием.

1.13.2. Тариф «Компьютерная томография без контрастирования» - исследование одной анатомической зоны (органы грудной полости; органы брюшной полости; костно-суставной системы, один сегмент и т.д.), не требующее контрастирования, или с внутрисполостным введением контрастного препарата (per os, per rectum), в плановом порядке при оказании

первичной медико-санитарной помощи. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительная услуга не подается в реестр медицинской помощи. Например; при обследовании органов грудной клетки и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или ребер, и/или грудины услуга на оплату подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография без контрастирования».

1.13.3. Тариф «Компьютерная томография с контрастированием одной анатомической зоны» - исследование одной анатомической зоны (органы грудной полости; органы брюшной полости; костно-суставной системы, один сегмент), требующее контрастирование, в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. В стоимость тарифа включено сканирование без контрастирования (нативное исследование) и сканированием с внутривенным введением контрастного препарата. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительный тариф оплате не подлежит. Например: при обследовании органов грудной клетки с контрастированием и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или ребер, и/или грудины услуга на оплату подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография с контрастированием одной анатомической зоны».

1.13.4. Тариф «Компьютерная томография с контрастированием двух и более анатомических зон» - исследование двух и более анатомических зон (органы грудной полости и органы брюшной полости; органы брюшной полости и забрюшинного пространства; сосуды шеи и сосуды головного мозга и т.д.), требующее контрастирование, в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. В стоимость тарифа включено сканирование без контрастирования двух и более анатомических зон (нативное исследование) и сканирование с внутривенным введением контрастного препарата двух и более анатомических зон. При обследовании двух и более анатомических зон с контрастированием и необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительный тариф оплате не подлежит. Например: при обследовании органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства с контрастированием и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или поясничного отдела позвоночника, и/или ребер, и/или грудины услуга подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография с контрастированием двух и более анатомических зон».

1.14. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Порядок возмещения затрат консультирующих медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий установлен в Приложении 3 к Тарифному соглашению.

1.15. В случае направления на лабораторные исследования в другие МО в период лечения в круглосуточном стационаре оплата производится по договору между МО, направившей на исследование и МО исполнителем.

1.16. Услуги по вакцинопрофилактике включаются в реестр медицинской помощи по тарифу «Вакцинация». Проведение осмотра врачом-специалистом перед вакцинацией не включено в стоимость тарифа «Вакцинация» и подлежит включению в реестр медицинской помощи по тарифу посещения врача соответствующей специальности с профилактической целью.

1.16.1. Услуги вакцинации формируются в реестре медицинской помощи как случай, содержащий фактически выполненный объем медицинских, диагностических услуг (исследований) по соответствующим тарифам.

1.17. Обследование на кишечные инфекции перед плановой госпитализацией в стационар одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя для осуществления ухода: за больным ребёнком – инвалидом независимо от наличия медицинских показаний, больным ребёнком до достижения им возраста 4 лет независимо от наличия

медицинских показаний, больным ребёнком старше 4 лет при наличии медицинских показаний, включается отдельным случаем в реестр медицинской помощи по тарифу соответствующей диагностической услуги, в том числе без услуги посещения врача.

1.18. Посещения с целью патронажа, наблюдения женщины по беременности (неосложненное течение) в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как один случай посещения с иной целью. В случае наблюдения женщины при осложненном течении беременности в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как обращение по заболеванию.

1.19. При несостоявшейся повторной явке пациента на приём, назначенный врачом, в медицинской документации производится соответствующая запись, и завершение (окончание, закрытие) случая оказания медицинской помощи оформляется в реестре медицинской помощи:

- датой несостоявшейся явки;
- датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

Поле «RSLT» - «Результат обращения/ госпитализации» заполняется значением «302» - «Лечение прервано по инициативе пациента».

Если в медицинской документации отсутствует информация о назначении повторной явки на приём на определенную дату, то случай оказания медицинской помощи может быть завершён:

- датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

2. Оплата стоматологической помощи

2.1. Затраты медицинских организаций на оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях не включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

2.2. Оплата стоматологической помощи осуществляется за законченный случай по тарифам услуг КСГ (**приложение 32** к Тарифному соглашению), разработанными в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ (**приложение 33** к Тарифному соглашению), а также тарифам простых медицинских услуг (ПМУ) и сложных медицинских услуг (СМУ), не входящих в состав КСГ (**приложение 35** к Тарифному соглашению).

2.3. Тарифы КСГ и тарифы ПМУ и СМУ определены в УЕТ.

2.4. Перечень и наполнение (услугами) КСГ при оказании стоматологической помощи взрослому и детскому населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в системе ОМС определен **Приложением 34** к Тарифному соглашению.

2.5. Стоимость 1 УЕТ утверждена настоящим Тарифным соглашением (**пункт 1 часть 2 Раздел III**). В расчете используются следующие данные:

Формула расчета 1 УЕТ:

$$1 \text{ УЕТ} = \text{ОС} / ((V_{\text{КСГ}} + V_{\text{услуг}}) * \text{СПК}), \text{ где:}$$

- Объем оказанной стоматологической помощи, в соответствии с кодами диагнозов по МКБ 10 и основными лечебными и диагностическими медицинскими услугами, сопоставленными с Клинико-статистическими группами заболеваний в стоматологии, выраженными в УЕТ ($V_{\text{КСГ}}$);

- Объем ПМУ и СМУ выраженные в УЕТ ($V_{\text{услуг}}$);

- Финансовое обеспечение на оказание стоматологической помощи медицинских организаций (ОС).

- Средний поправочный коэффициент (СПК) установлен в размере 1,1 с целью учета прогнозируемого роста средней затратноёмкости случая в УЕТ как признак соблюдения

принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

2.6. Для расчета стоимости 1 УЕТ использовались объемы медицинской помощи за прошедший отчетный период в медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь.

2.7. При формировании реестра счетов по законченным случаям оказания медицинской помощи применяется стоимость УЕТ, действующая на момент окончания лечения.

2.8. Особенности формирования реестров за оказанную стоматологическую помощь:

2.8.1. Объем оказания первичной медико-санитарной специализированной и доврачебной стоматологической помощи, оказанной пациентам в амбулаторных условиях, в реестрах счетов формируется на основании действующих КСГ (**Приложение 32 к настоящему Тарифному соглашению**), ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ (**Приложение 35 к настоящему Тарифному соглашению**) и выраженных в УЕТ.

2.8.2. С целью персонифицированного учета стоматологической помощи реестры представляются в электронном виде, по утверждённому формату.

2.8.3. При формировании реестра необходимо указывать:

- вид посещения (с профилактической и иными целями, по неотложной помощи, обращение по заболеванию);

- диагноз по международной классификации болезней X пересмотра;

- сегмент, номер зуба и локализацию при КСГ: 4, 5, 6, 12.1, 12.2, 13.1, 13.2, 14.1, 14.2;

- сегмент и номер зуба при КСГ STM02 (при диагнозе K04.0, K04.1, K04.2, K04.3, K04.9, K04.4, K04.5, K04.6, K04.7, K00.63, K04.8, K04.9, S03.2, S02.5, K08.3, K10.3, K05.2, K05.22, K05.32, K10.2), STM03, STM11, STM17, STM18, STM19, STM26, STM27 (при диагнозе: K10.2, K10.3, K05.22, K05.32), STM31;

- код КСГ;

- код ПМУ и/или СМУ, подаваемых вне КСГ;

- УЕТ соответствующие к примененным КСГ, ПМУ, СМУ;

- исход;

- дополнительный исход.

Законченный случай оказания медицинской помощи оформляется в реестре медицинской помощи без КСГ, если пациент здоров или ранее санирован (исход «Выздоровление») и ему проводится только стоматологический осмотр.

2.8.4. Формирование реестра проводится по случаям, закончившимся в отчетный период с исходами «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен», «Лечение прервано по инициативе пациента», независимо от даты открытия случая. В состав случая входят все оказанные ПМУ, СМУ, КСГ за время лечения пациента до вышеуказанных исходов.

2.8.5. Особенности формирования реестра при различных видах посещений:

- посещение с профилактической и иными целями должно содержать не более одного приема, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ,

- посещение по неотложной помощи должно содержать не более одного приема, КСГ №2, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ,

- обращение по заболеванию должно содержать более одного приема, одну или несколько КСГ, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ.

2.8.6. Врач-специалист стоматологического профиля, совмещающий в одной медицинской организации свою работу по нескольким стоматологическим специальностям, ведет учет своей деятельности по основной ставке и ставке совместительства под разными кодами специальностей.

2.8.7. Сложные медицинские услуги (класс «В») «Прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)...первичный» направляются на оплату один раз

в календарном году, при первичном обращении пациента за стоматологической помощью к соответствующему специалисту стоматологического профиля в одной медицинской организации.

2.8.8. При повторных (последующих) посещениях пациентами специалистов стоматологического профиля в календарном году в одной медицинской организации в реестр включаются сложные медицинские услуги «Прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)...повторный».

2.8.9. В случае явки на прием пациента, состоящего на динамическом диспансерном наблюдении у врачей-специалистов стоматологического профиля, в реестр включаются сложные медицинские услуги «Диспансерный прием.....» вместе с услугами STM33 или STM09 и простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ (при необходимости).

2.8.10. Сложные медицинские услуги, в названии которых имеется «Профилактический прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)», применяются только для оплаты стоматологической помощи в рамках договоров на оказание услуг по проведению стоматологических осмотров:

- в связи с диспансеризацией определённых групп населения;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.8.11. Сложные медицинские услуги стоматологического профиля (первичные, повторные и диспансерные приемы) применяются не более одного раза при каждом посещении пациента, независимо от объёма оказанной стоматологической медицинской помощи.

2.8.12. Сложные медицинские услуги стоматологического профиля (первичные, повторные и диспансерные приемы) могут быть включены в реестр за оказанные медицинские услуги два и более раза в день только в случае оказания стоматологической помощи разными специалистами, имеющими разные сертификаты специалистов.

2.8.13. В реестре медицинской помощи оформляется не более 2 одноименных и/или разноименных услуг КСГ при лечении одного зуба.

2.8.14. Услуги STM01 «Профилактическая помощь взрослому и детскому населению» и STM31 «Герметизация фиссур с профилактической целью для детского населения» могут входить как в случай посещения с профилактической и иными целями, так и в случай обращения по заболеваниям. Не подлежат к включению в случай и оплате при посещениях по неотложной форме.

Услуга STM01 распространяются на всю полость рта, а не на 1 зуб. В течение календарного года STM01 для взрослого населения (старше 18 лет) подлежат оплате не чаще 1 раза в 6 месяцев, для детского населения подлежат оплате не чаще 1 раза в 4 месяца. При проведении герметизации фиссур у детского населения допустимо за один прием проведение 2 и более услуг STM31.

2.8.15. Услуги B01.065.005 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный» или B01.065.006 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный» могут включаться вместе с STM01, STM07, STM08, STM10, STM15, STM16.

2.8.16. При оказании стоматологической медицинской помощи в неотложной форме случай оформляется из услуг «Прием ... (наименование вида специальности стоматологического профиля)», STM02 «Неотложная помощь взрослому и детскому населению» и простых и сложных медицинских услуг, не входящих в состав КСГ (при необходимости). Не зависимо от объёма оказанной медицинской помощи в неотложной форме оплате подлежит одна услуга STM02.

При оказании неотложной помощи в ночное время, выходные и праздничные дни, вне зависимости первичный прием у пациента или повторный, в реестр включается B01.065.008

«Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный» или B01.065.004 «Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный».

При этом при последующем плановом лечении в реестр включается вид приема (первичный или повторный), которому пациент фактически соответствует на момент приема в отчетном календарном году (первичный или повторный).

2.8.17. Услуга STM08 предъявляется к оплате в случае, если клинический диагноз подтвержден данными рентгенологического обследования, и для достижения клинического результата лечения количество посещений и ПМУ A11.07.022 «Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта» составляет не менее 5. После оказания медицинской помощи по STM08 пациент обязательно берется на динамическое наблюдение с кратностью явок в зависимости от диагноза и степени тяжести заболевания.

2.8.18. Услуги STM19.1, STM19.2 предъявляются к оплате только при сложном удалении зуба с выпиливанием кортикальной пластинки или с разделением корней и других оперативных вмешательствах, указанных в данной КСГ с применением остеотропного материала и наложением швов. При этом количество посещений для динамического наблюдения должно быть не менее 2.

2.8.19. Медицинская помощь по КСГ STM19.1, STM19.2, STM20, STM21 оказывается либо в малой операционной стоматологического отделения, либо в хирургическом кабинете врачом-стоматологом-хирургом с ведением журнала операций. Данные КСГ могут сопровождаться выдачей листов нетрудоспособности.

2.8.20. При проведении пациенту ортодонтической коррекции в реестр включается STM32. Допускается применение STM32 в течение 12-18 месяцев с завершения этапа ортодонтического лечения. Кратность применения STM32 определяется лечащим врачом в зависимости от степени тяжести заболевания. СМУ B.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный» в реестр не включается.

2.8.21. STM34 «Проведение консультативной медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях с ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ, к оплате предоставляется в следующих случаях:

- завершение обращения за стоматологической помощью направлением пациента на консультацию и/или лечение в другую медицинскую организацию;
- пациент проведенная консультация врача-ортодонта без дальнейшего лечения;
- при незаконченном лечении одного заболевания по причине неявки пациента.

2.8.22. При оказании пациенту медицинской помощи по заболеванию, требующей обязательного проведения Rg контроля (однократно, многократно), медицинская организация, не имеющая в своём составе соответствующего подразделения, обязана организовать оказание данной услуги за счёт собственных средств. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказанные диагностические услуги осуществляются по утвержденным в установленном порядке тарифам ОМС. По завершении случая лечения в реестр включаются все услуги, оказанные пациенту, в том числе услуги, оказанные сторонними медицинскими организациями (из списка услуг, оплачиваемых дополнительно с КСГ), с обязательным внесением в поле «CODE_MD» кода лечащего врача-специалиста стоматологического профиля. Оплата соответствующего реестра осуществляется в полном объёме, с обязательным контролем страховыми медицинскими организациями на наличие подтверждающих документов в первичной медицинской документации.

2.8.23. При завершении лечения заболеваний твердых тканей зубов в реестр включается соответствующая КСГ, а оплата за пломбировочный материал, не входящий в Перечень материалов, инструментов, предметов разового использования, применяемых при оказании стоматологической помощи Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, осуществляется за счет средств граждан по действующим в медицинской организации тарифам на платные медицинские услуги.

2.8.24. В случае, если пациент, находясь на лечении в условиях дневного стационара по какой-либо нозологии, обращается за получением стоматологической помощи в рамках

амбулаторно-поликлинического приема, медицинская помощь оплачивается в полном объеме в обоих случаях в соответствии с порядком, утвержденным Тарифным соглашением.

3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения

3.1. Финансовое обеспечение углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи.

3.2. При этом Тарифным соглашением установлены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межтерриториальных расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни (Приложения 17-21).

3.3. Порядок проведения профилактических мероприятий на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, регламентируется действующими, на момент проведения указанных мероприятий, нормативными документами.

3.4. Случаи проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации определенных групп взрослого населения, предъявляются к оплате после завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и (или) соответствующего этапа диспансеризации, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отраженные в первичной медицинской документации. Окончанием проведения профилактических мероприятий, где это регламентировано, является определение группы состояния здоровья. В случае отсутствия в реестре медицинской помощи (первый и/или второй этапы), предъявляемого к оплате, группы состояния здоровья (исключением является состояние, кроме группы здоровья, указываемое при окончании прохождения первого этапа – «направлен на второй этап»), диспансеризация считается не завершенной и оплате не подлежит.

3.5. Годом прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации определенных групп взрослого населения считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

3.6. Результаты осмотров (консультаций), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, либо исследования, в соответствии с требованиями нормативной документации, выполняемые 1 раз в 2 года, могут быть учтены при проведении профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации.

3.7. Осмотры и исследования, выполненные ранее и учитываемые при проведении профилактического мероприятия, должны быть приложены, в качестве дубликатов, к первичной медицинской документации, касающейся проводимого профилактического мероприятия.

3.8. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером

(акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с Приказом МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н.

3.9. В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации.

Оплата услуг по углубленной диспансеризации осуществляется по тарифам, установленным Приложением 21 к Тарифному соглашению:

В рамках I этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

тест с 6 минутной ходьбой - за единицу объема оказания медицинской помощи;

определение концентрации Д – димера в крови - за единицу объема оказания медицинской помощи.

В рамках II этапа углубленной диспансеризации:

проведение эхокардиографии - за единицу объема оказания медицинской помощи;

проведение компьютерной томографии легких - за единицу объема оказания медицинской помощи;

дуплексное сканирование вен нижних конечностей - за единицу объема оказания медицинской помощи.

Углубленная диспансеризация проводится только в случае прохождения гражданином ранее (или одновременно с углубленной диспансеризацией) профилактического медицинского осмотра или диспансеризации.

В предоставляемом к оплате медицинской организацией реестре счетов, по одному гражданину, в один день (в случае прохождения в один день профосмотра (диспансеризации) и углубленной диспансеризации) может указываться два типа счета – соответствующего профосмотру (диспансеризации) и углубленной диспансеризации.

При подозрении у гражданина наличия заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении исследований и иных медицинских вмешательств, включенных в I этап, углубленная диспансеризация является завершенной в случае проведения исследований и иных медицинских вмешательств, включенных во II этап углубленной диспансеризации.

Результатом оказания углубленной диспансеризации застрахованных лиц является количество оплаченных медицинской организации завершенных случаев. Стоимость случая углубленной диспансеризации включает:

I этап тариф комплексного посещения – «TDU 1.1», который включает в себя «TDU 1.1.1», «TDU 1.1.2», «TDU 1.1.3», «TDU 1.1.4» и при необходимости тарифы за единицу объема оказания медицинской помощи - «TDU 1.2», «TDU 1.3»;

II этап тарифы «TDU 2.1», «TDU 2.2», «TDU 2.3».

3.10. Случаи проведения первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, предъявляются к оплате после полного завершения всех осмотров врачами-специалистами и

выполнения предусмотренных перечнем исследований (с учётом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра (исследования), а у детей до 2 лет не превышает 1 месяц с даты осмотра (исследования)). При этом осмотры (исследования), выполненные ранее и учитываемые при проведении диспансеризации, должны быть приложены к первичной медицинской документации (дубликаты).

3.11. Второй этап диспансеризации считается завершённым после полного выполнения всех исследований, осмотров, назначенных врачом, ответственным за проведение диспансеризации, по результатам диспансеризации I этапа, и вынесения соответствующего заключения. Случаи проведения второго этапа диспансеризации включаются в реестр медицинской помощи по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0 - Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения диспансеризации, а также данные врача, оформляющего медицинское заключение.

В случае отсутствия в реестре группы состояния здоровья граждан, диспансеризация считается незавершённой и оплате не подлежит.

3.12 Случай проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после завершения осмотров и исследований, выполненных в рамках проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по тарифу профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего) для соответствующей возрастной категории несовершеннолетних граждан. Годом прохождения профилактического медицинского осмотра считается календарный год, в котором несовершеннолетний гражданин достигает соответствующего возраста. В случае отсутствия в реестрах, за проведение I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

3.13 Случаи проведения второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, включаются в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров, обследований и вынесения соответствующего заключения, по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0 - Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения медицинского осмотра, а также данные врача, оформляющего медицинское заключение. В случае отсутствия в реестрах за проведение 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

3.14 В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углублённую диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объёме, либо при отсутствии возможности проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объёме по другой объективной причине (отсутствие специалиста, ответственного за проведение диспансеризации или медицинских осмотров и т.п.), медицинская организация, ответственная за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или медицинских осмотров.

3.15 Оплата фактически выполненных по договору объёмов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных

осмотров, обследований при проведении профилактических мероприятий, включая углубленную диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, профилактические осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию определенных групп взрослого населения, диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, производится медицинской организацией, ответственной за организацию профилактических мероприятий, по тарифам посещений и тарифам диагностических услуг соответствующего уровня оказания медицинской помощи, установленного для медицинской организации направившей пациента, в том числе включенным в состав тарифа комплексного посещения.

3.16 Повторное предъявление к оплате комплексных посещений по проведению гражданину профилактических мероприятий, указанных в п. 3.15, одной и той же медицинской организацией в течение года не допускается. К оплате принимаются только комплексные посещения гражданина, осуществленные им, впервые в текущем году и только в соответствии с регламентированными половозрастными характеристиками гражданина.

3.17 Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит комплексное посещение по профилактическому осмотру или диспансеризации, предъявленное к оплате раньше.

4. Оплата диспансерного наблюдения

Оплата диспансерного наблюдения производится за комплексное посещение по тарифам групп диспансерного наблюдения (ГДН). Комплексное посещение при диспансерном наблюдении – это медицинские мероприятия, включающие в себя посещение (или несколько посещений) врача и диагностические исследования (лабораторные и инструментальные, при необходимости) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями.

Комплексные тарифы при диспансерном наблюдении включают расходы на посещение врачей и диагностические исследования, кроме 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, которые оплачиваются и учитываются отдельно.

В рамках одного комплексного посещения проводится наблюдение пациента по одной нозологии. У пациента с несколькими заболеваниями сердечно-сосудистой системы может быть несколько комплексных посещений в один день.

Результаты исследований (лабораторных, инструментальных), необходимых для диспансерного наблюдения, могут быть учтены при их выполнении ранее, возможность их использования определяет лечащий врач в зависимости от заболевания с учетом клинических рекомендаций.

Исследования, выполненные ранее и учитываемые при проведении диспансерного наблюдения, должны быть приложены в качестве дубликатов к первичной медицинской документации.

Тарифы групп диспансерного наблюдения (ГДН) утверждены в Приложении 16 к Тарифному соглашению. Таблица соответствия групп диспансерного наблюдения (ГДН) при оказании медицинской помощи взрослому населению утверждена в Приложении 47 к Тарифному соглашению.

5. Оплата проведения школы сахарного диабета

Оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема – комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

Школа сахарного диабета может проводиться в группе до 10 пациентов.

Обучение в школе сахарного диабета проводится врачом-эндокринологом, врачом детским эндокринологом, медицинской сестрой, прошедшей соответствующее обучение, в соответствии с клиническими рекомендациями оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, методическими руководствами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Комплексное посещение в рамках школы сахарного диабета

Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе)	Количество и продолжительность занятий
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Дети и подростки с сахарным диабетом	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

6. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц в амбулаторных условиях.

Основная цель применения методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности населения, прикрепленного к медицинским организациям.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (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 финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке в размере 1 процента от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{пн}} = ФДП_{\text{н}}^i \times Ч_3^i + ОС_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{пн}}$ финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$\Phi ДП^i_n$ фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i -той медицинской организации, рублей;

$ОС_{рд}$ объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально.

Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года и включаются в счет за декабрь.

Показатели результативности деятельности, порядок их применения установлены в Таблице 1.

Перечень медицинских организаций и установленные для них показатели результативности представлен в Таблице 3.

Методика включает разделение оценки показателей на блоки, отражающие результативность оказания медицинской помощи – профилактические мероприятия и диспансерное наблюдение разным категориям населения (взрослому населению, детскому населению, акушерско-гинекологической помощи) в амбулаторных условиях.

Каждый показатель, включенный в блок, оценивается в баллах, которые суммируются. Методикой предусмотрена максимально возможная сумма баллов по каждому блоку, которая составляет:

- 19 баллов для показателей блока 1 (взрослое население);
- 7 баллов для показателей блока 2 (детское население);
- 6 баллов для показателей блока 3 (акушерско-гинекологическая помощь).

В зависимости от результатов деятельности медицинской организации по каждому показателю определяется балл в диапазоне от 0 до 2 баллов.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен в Таблице 2.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС^j_{рд(нас)} = \frac{0,7 \times ОС^j_{рд}}{\sum \text{Числ}}, \text{ где:}$$

$ОС^j_{рд(нас)}$ объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j -ый период, в расчете на

1 прикрепленное лицо, рублей;

OC_{RD}^j совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Числ}$ численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности $(OC_{RD(нас)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{RD(нас)i}^j = OC_{RD(нас)}^j \times \text{Числ}_i^j, \text{ где:}$$

Числ_i^j численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$OC_{RD(балл)}^j = \frac{0,3 \times OC_{RD}^j}{\sum \text{Балл}}, \text{ где:}$$

$OC_{RD(балл)}^j$ объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

OC_{RD}^j совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Балл}$ количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций $(OC_{RD(балл)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{RD(балл)i}^j = OC_{RD(балл)}^j \times \text{Балл}_i^j, \text{ где:}$$

Балл_i^j количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

В случае, если не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) и (или) выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, Комиссия вправе применять понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат.

При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи. Итоговый понижающий коэффициент ($K_{\text{пон}}$) рассчитывается следующим образом:

$$K_{\text{пон}} = \frac{K_{\text{ппц}} + K_{\text{оз}}}{K}, \text{ где:}$$

$K_{\text{ппц}}$ понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения посещений с профилактической целью;

$K_{\text{оз}}$ понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения обращений в связи с заболеваниями;

K общее количество понижающих коэффициентов (для АП – 2) (Таблица 1.1).

Таблица 1

Показатели результативности деятельности в амбулаторных условиях (АП)

№	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя <***>	Макс. балл <***>
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				19
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
1	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост ≥ 3% - 0,5 балла; Прирост ≥ 7% - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде выше среднего значения по ХМАО-Югре	1

			<****> в текущем периоде (далее - выше среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто максимально возможное значение показателя (далее - максимально возможное значение) - 1 балл	
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 1 балл; Прирост ≥ 10% - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
3	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально	1

			возможное значение - 1 балл	
6	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 3% - 0 баллов; Прирост >= 3% - 1 балл; Прирост >= 7% - 2 балла; Выше среднего - 1 балл; Максимально возможное значение - 2 балла	2
8	Число взрослых с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*>, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение >= 5% - 0,5 балла; Уменьшение >= 10% - 1 балл; Значение показателя в текущем периоде ниже среднего значения по ХМАО-Югре <****> в текущем периоде (далее - ниже среднего) - 0,5 балла; В текущем периоде достигнуто минимально возможное значение показателя (далее - минимально возможное значение) - 1 балл	1
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1

	пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.			
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5% - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10% - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 3% - 0 баллов; Уменьшение ≥ 3% - 1 балл; Уменьшение ≥ 7% - 2 балла; Ниже среднего - 1 балл; Минимально возможное значение - 2 балла	2
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	Уменьшение показателя за период по отношению к показателю в предыдущем периоде	Уменьшение < 5% - 0 баллов; Уменьшение ≥ 5% - 0,5 балла; Уменьшение ≥ 10% - 1 балл; Ниже среднего - 0,5 балла; Минимально возможное значение - 1 балл	1
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)				7
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения				
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	Достижение планового показателя	100% плана или более 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному	1

	за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.		наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.	Достижение планового показателя	100% от числа подлежащих диспансерному наблюдению - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1
Оказание акушерско-гинекологической помощи				6
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
22	Доля беременных женщин, вакцинированных от новой коронавирусной инфекции (COVID-19), за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла	1

23	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
24	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	Прирост показателя за период по отношению к показателю за предыдущий период	Прирост < 5% - 0 баллов; Прирост ≥ 5% - 0,5 балла; Прирост ≥ 10% - 1 балл; Выше среднего - 0,5 балла; Максимально возможное значение - 1 балл	1
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	Достижение планового показателя	100% плана или более - 2 балла; Выше среднего - 1 балл	2

Общие показатели (понижающий коэффициент к размеру стимулирующих выплат – $K_{\text{пон}}$)

Таблица 1.1

Оценка выполнения объемов медицинской помощи				
№	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	% выплат
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{ппц}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение ≥ 90% плана – 1,00	100
1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{оз}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение ≥ 90% плана – 1,00	100

<*> По набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

<*> По решению Комиссии рекомендуемые значения максимальных баллов и их количество могут быть пересмотрены для учреждений, которые оказывают помощь женщинам и детскому населению (отдельные юридические лица).

<***> Выполненным считается показатель со значением 0,5 и более баллов. В случае, если медицинская организация удовлетворяет нескольким критериям для начисления баллов - присваивается максимальный из возможных для начисления балл. В случае, если значение, указанное в знаменателе соответствующих формул, приведенных в таблице 2, равняется нулю, баллы по показателю не начисляются, а указанный показатель может исключаться из числа применяемых показателей при расчете доли достигнутых показателей результативности для медицинской организации за период.

<****> Среднее значение в ХМАО-Югре по показателям рекомендуется рассчитывать на основании сведений об оказании медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, путем деления суммы значений, указанных в числителе соответствующих формул, приведенных в таблице 2, на сумму значений, указанных в знаменателе соответствующих формул, приведенных в таблице 2. Полученное значение умножается на 100 по аналогии с алгоритмом, описанным в таблице 2.

Таблица 2

Порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций в амбулаторных условиях (АП).

№	Наименование показателя	Формула расчета <*>	Единицы измерения	Источник
Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)				
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
1.	Доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому).	$D_{prof} = \frac{P_{prof}}{(P_{vs} + Oz * k)} \times 100,$ <p>где: D_{prof} - доля врачебных посещений с профилактической целью за период, от общего числа посещений за период (включая посещения на дому), выраженное в процентах; P_{prof} - число врачебных посещений с профилактической целью за период; P_{vs} - посещений за период (включая посещения на дому); Oz - общее число обращений за отчетный период; k - коэффициент перевода обращений в посещения.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам за исключением посещений стоматологического профиля. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - цель посещения.
2.	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения впервые в жизни установленным диагнозом за период.	$D_{бск} = \frac{BSK_{дисп}}{BSK_{вп}} \times 100,$ <p>где: $D_{бск}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения впервые в жизни установленным диагнозом за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания - цель посещения;

		за период; BSK _{дисп} - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; BSK _{вп} - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.	- дата рождения.
3.	Доля взрослых с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.	$D_{\text{ЗНО}} = \frac{ZNO_{\text{дисп}}}{ZNO_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: D_{ЗНО} - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период; ZNO_{дисп} - число взрослых пациентов с установленным диагнозом злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; ZNO_{вп} - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.</p>	<p>Процент</p> <p>Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра "признак подозрения на злокачественное новообразование". Движение пациента отслеживается по формату реестра Д4 "Файл со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования": - диагноз основной, - характер основного заболевания.</p>
4.	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.	$D_{\text{Хобл}} = \frac{H_{\text{дисп}}}{H_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: D_{Хобл} - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых</p>	<p>Процент</p> <p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания;</p>

		пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период; $N_{\text{дисп}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; $N_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.		- цель посещения; - дата рождения.
5.	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	$D_{\text{сд}} = \frac{SD_{\text{дисп}}}{SD_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $D_{\text{сд}}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; $SD_{\text{дисп}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период; $SD_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	Процент	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения; - дата рождения.
6.	Выполнение плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19).	$V_{\text{вэпид}} = \frac{F_{\text{вэпид}}}{P_{\text{вэпид}}} \times 100,$ <p>где: $V_{\text{вэпид}}$ - процент выполнения плана вакцинации взрослых граждан по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19); $F_{\text{вэпид}}$ - фактическое число взрослых граждан, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19 в отчетном периоде;</p>	Процент	<p>Источником информации являются сведения органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, соотносимые с данными федерального регистра вакцинированных.</p>

		$R_{V_{\text{вак}}}$ - число граждан, подлежащих вакцинации по эпидемиологическим показаниям за период (коронавирусная инфекция COVID-19)		
Оценка эффективности диспансерного наблюдения				
7.	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения \leq^* , имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^* , имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	$DN_{\text{риск}} = \frac{R_{\text{дн}}}{R_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{риск}}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период; $R_{\text{дн}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, состоящих под диспансерным наблюдением; $R_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>	На 100 пациентов в	<p>Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи за период, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО":</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложненного заболевания; - диспансерное наблюдение.
8.	Число взрослых с болезнями системы кровообращения \leq^* , имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в экстренной и неотложной форме, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^* , имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период.	$Sp_{\text{риск}} = \frac{I_{\text{риск}}}{D_{\text{риск}}} \times 100,$ <p>где: $Sp_{\text{риск}}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказана медицинская помощь в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения \leq^*, имеющих высокий риск преждевременной смерти, за период;</p>	На 100 пациентов в	<p>Расчет показателя осуществляется путем отбора информации по полям реестра в формате Д1 "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи, кроме ВМП, диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, медицинской помощи при подозрении на ЗНО":</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата окончания лечения; - результат обращения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующего заболевания; - диагноз осложненного заболевания;

	<p>У риск - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения $\leq *$, имеющих высокий риск преждевременной смерти, которым за период оказания медицинской помощи в неотложной форме и (или) скорая медицинская помощь по поводу болезней системы кровообращения $\leq *$, приводящих к высокому риску преждевременной смертности;</p> <p>Д риск - общее число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения $\leq *$, имеющих высокий риск преждевременной смерти, обратившихся за медицинской помощью за период.</p>		<p>- диспансерное наблюдение;</p> <p>- условия оказания медицинской помощи;</p> <p>- форма оказания медицинской помощи.</p>
9.	<p>Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.</p>	<p>Процент</p> $DN_{бск} = \frac{BSK_{дн}}{BSK_{вп}} \times 100,$ <p>где:</p> <p>$DN_{бск}$ - доля взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период;</p> <p>$BSK_{дн}$ - число взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период;</p> <p>$BSK_{вп}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.</p>	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. <p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p>
10.	<p>Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.</p>	<p>Процент</p> $DN_{хобл} = \frac{H_{дн}}{H_{вп}} \times 100,$ <p>где:</p> <p>$DN_{хобл}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни</p>	<p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания;

	установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период; $N_{\text{дл}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $N_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.			- впервые выявлено (основной); - дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)
11.	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.	$DN_{\text{сд}} = \frac{SD_{\text{дл}}}{SD_{\text{вп}}} \times 100,$ <p>где: $DN_{\text{сд}}$ - доля взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период; $SD_{\text{дл}}$ - число взрослых пациентов с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период; $SD_{\text{вп}}$ - общее число взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата постановки на диспансерный учет; - диагноз основной; - возраст пациента; - характер заболевания; - впервые выявлено (основной); - дата рождения. Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)
12.	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.	$H_{\text{всего}} = \frac{O_{\text{всего}}}{D_{\text{всего}}} \times 100,$ <p>где: $H_{\text{всего}}$ - доля взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.</p>	Процент	Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ) Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:

	наблюдением за период; О _{всего} - число взрослых пациентов, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением; Dn _{всего} - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.		- дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи.
13.	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.	<p>Процент</p> $P_{бск} = \frac{P_{Нбск}}{H_{бск}} \times 100,$ <p>где: P_{бск} - доля взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений; P_{Нбск} - число взрослых пациентов, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации; H_{бск} - общее число взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.</p>	<p>Источником информации являются реестры (стационар), оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата начала лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий; - диагноз осложнений - характер заболевания; - форма оказания медицинской помощи
14.	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	<p>Процент</p> $SD = \frac{Osl}{SD} \times 100,$ <p>где: SD - доля взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа взрослых</p>	<p>Источником информации является информационный ресурс территориального фонда в части сведений о лицах, состоящих под диспансерным наблюдением (гл. 15 Приказ 108н МЗ РФ)</p> <p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей</p>

		пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период; OsI - число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа); SD - общее число взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.	осуществляется по полям реестра: - дата окончания лечения; - диагноз основной; - диагноз сопутствующий - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
Детское население (от 0 до 17 лет включительно)			
Оценка эффективности профилактических мероприятий и диспансерного наблюдения			
15.	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок.	$V_{d\text{нац}} = \frac{F_{d\text{нац}}}{P_{d\text{нац}}} \times 100$ <p>где: $V_{d\text{нац}}$ - процент охвата вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; $F_{d\text{нац}}$ - фактическое число вакцинированных детей в рамках Национального календаря прививок в отчетном периоде; $P_{d\text{нац}}$ - число детей соответствующего возраста (согласно Национальному календарю прививок) на начало отчетного периода.</p>	Процент Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
16.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.	$Ddkms = \frac{Cdkms}{Cp kms} \times 100$ <p>где: $Ddkms$ - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными</p>	Процент Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной);

	диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Cdkms - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период; Сркms - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.			- характер заболевания; - цель посещения.
17.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.	$Ddgl = \frac{Cdgl}{Cpgl} \times 100$ <p>где: Ddgl - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cdgl - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период; Cpgl - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
18.	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.	$Dbop = \frac{Cdbop}{Cpbop} \times 100$ <p>где: Dbop - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период;</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам. Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра: - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания;

		<p>Cdbor - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период;</p> <p>Srbor - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.</p>	<p>- цель посещения.</p>
19.	<p>Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.</p>	$Ddbsk = \frac{Cdbsk}{Cpbsk} \times 100,$ <p>где:</p> <p>Ddbsk - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период;</p> <p>Cdbsk - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период</p> <p>Cpbsk - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.</p>	<p>Процент</p> <p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.
20.	<p>Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.</p>	$Ddbes = \frac{Cdbes}{Cpbes} \times 100,$ <p>где:</p> <p>Ddbes - доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период;</p> <p>Cdbes - число детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.</p>	<p>Процент</p> <p>Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.</p> <p>Отбор информации для расчета показателей осуществляется по полям реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дата рождения; - дата окончания лечения; - диагноз основной; - впервые выявлено (основной); - характер заболевания; - цель посещения.

		период; Сrbes - общее число детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.		
Оказание акушерско-гинекологической помощи				
Оценка эффективности профилактических мероприятий				
21.	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.	$W = \frac{K_{отк}}{K} \times 100,$ <p>где: W - доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период; K_{отк} - число женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности; K - общее число женщин, прошедших доабортное консультирование за период.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
22.	Доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.	$V_{bcovid} = \frac{F_{dcovid}}{P_{bcovid}} \times 100,$ <p>где: V_{bcovid} - доля беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период, от числа женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода; F_{dcovid} - фактическое число беременных женщин, вакцинированных от коронавирусной инфекции COVID-19, за период; P_{bcovid} - число женщин, состоящих на учете по беременности и родам на начало периода.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях (P _{bcovid}) и данные федерального регистра вакцинированных (F _{dcovid}).

23.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.	$Z_{\text{ШМ}} = \frac{A_{\text{ШМ}}}{V_{\text{ШМ}}} \times 100,$ <p>где: $Z_{\text{ШМ}}$ - доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период; $A_{\text{ШМ}}$ - число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{ШМ}}$ - общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки за период.</p>	Процент	<p>Расчет показателя производится путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - признак подозрения на злокачественное новообразование. В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания
24.	Доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.	$Z_{\text{МЖ}} = \frac{A_{\text{МЖ}}}{V_{\text{МЖ}}} \times 100,$ <p>где: $Z_{\text{МЖ}}$ - доля женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации, от общего числа женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период; $A_{\text{МЖ}}$ - число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при диспансеризации; $V_{\text{МЖ}}$ - общее число женщин с установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы за период.</p>	Процент	<p>Расчет осуществляется путем отбора информации по полям реестра формата ДЗ "Файл со сведениями об оказанной медицинской помощи при диспансеризации" предусматривает поле реестра:</p> <ul style="list-style-type: none"> - признак подозрения на злокачественное новообразование. В дальнейшем движение пациента возможно отследить по формату Д4. Файл со сведениями при осуществлении персонализированного учета оказанной медицинской помощи при подозрении на злокачественное новообразование или установленном диагнозе злокачественного новообразования - диагноз основной, - характер основного заболевания.

25.	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.	$B = \frac{S}{U} \times 100,$ <p>где: В - доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период; S - число беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода при сроке беременности 11 - 14 недель (УЗИ и определение материнских сывороточных маркеров) и 19 - 21 недели (УЗИ), с родоразрешением за период; U - общее число женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период, с родоразрешением за период.</p>	Процент	Источником информации являются данные органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, предоставляемые на бумажных носителях.
Общие показатели				
Оценка выполнения объемов медицинской помощи				
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{ппц} = \frac{V_{ппц}^{факт}}{V_{ппц}^{план}} \times 100$ <p>где: V_{ппц} - процент выполнения плана оказания посещений с профилактической целью; V_{ппц}^{факт} - фактическое количество посещений с профилактической целью, выполненных в отчетном периоде; V_{ппц}^{план} - утвержденное количество посещений с профилактической целью в отчетном периоде (план на квартал равен ¼ плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{O3} = \frac{V_{O3}^{\text{факт}}}{V_{O3}^{\text{план}}} \times 100$ <p>где: V_{O3} - процент выполнения плана оказания обращений в связи с заболеваниями; $V_{O3}^{\text{факт}}$ - фактическое количество обращений в связи с заболеваниями, выполненных в отчетном периоде; $V_{O3}^{\text{план}}$ - утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями в отчетном периоде (план на квартал равен ¼ плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
-----	---	--	---------	--

<*> По набору кодов Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

<*> В условиях распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методика расчета показателя может быть скорректирована на предмет исключения из расчета периода, когда деятельность медицинской организации (в части соответствующего направления деятельности) была приостановлена приказом руководителя медицинской организации за отчетный и предыдущий год соответственно путем пересчета к годовому значению.

Таблица 3

Применение показателей результативности деятельности в медицинских организациях ХМАО-Югры, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц в амбулаторных условиях

Перечень медицинских организаций	Взрослое население (в возрасте 18 лет и старше)														макс. кол-во баллов в по ВзрН	Детское население (от 0 до 17 лет включительно)						макс. кол-во баллов по ДетН	Оказание акушерско- гинекологической помощи					макс. кол-во баллов по АГП	Итого макс. кол- во баллов
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	16	17	18	19	20		21	22	23	24	25		
	АУ "Югорский центр профессиональной патологии"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	0.0	✓	✓	✓	✓	✓	2.0	21.0
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД- Медицина" города Сургут	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	0.0	✓	✓	✓	✓	✓	0.0	19.0	
БУ "Няганская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	5.0	31.0	
БУ "Нижневартовская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	0.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	25.0	
БУ "Когалымская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Пыть-Яхская окружная клиническая больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Сургутская районная поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Лангаспасская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Мегионская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Сургутская городская клиническая поликлиника № 4"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	
БУ "Сургутская городская клиническая поликлиника № 1"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	7.0	✓	✓	✓	✓	✓	6.0	32.0	

[illegible]

✓ – показатель применяется в медицинской организации

x – показатель не применяется в медицинской организации

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры




А.А. Добровольский

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



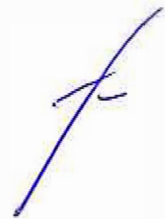
А.П. Фучежи

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



И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»




О.А. Томин

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