

**Дополнительное соглашение № 1  
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2017 год**

г. Ханты-Мансийск

30 января 2017 г.

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 29 декабря 2011 года № 513-п, с изменениями, внесенными постановлениями Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 10 августа 2012 года № 291-п, от 15 февраля 2013 года № 47-п, от 9 августа 2013 года № 307-п, от 28 марта 2014 года № 111-п, от 13 февраля 2015 года № 31-п, от 13 мая 2016 года № 146-п, от 15 июля 2016 года № 258-п, от 02.12.2016 № 476-п, от 27.01.2017 № 25-п (далее – Комиссия) в составе:

Добровольский Алексей Альбертович	- директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, председатель комиссии
Фучежи Александр Петрович	- директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, секретарь комиссии
Нигматулин Владислав Анварович	- заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Смирнов Владимир Альбертович	- первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Данилов Алексей Аркадьевич	- директор Югорского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
Соловей Максим Анатольевич	- генеральный директор открытого акционерного общества «Страховая медицинская компания «Югория-Мед»
Кичигин Александр Васильевич	- президент Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»
Овечкин Павел Геннадьевич	- член Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»
Меньшикова Оксана Геннадьевна	- председатель окружной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации
Суровов Александр Андреевич	- председатель Сургутской территориальной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации



В целях реализации на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановления Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 22.12.2016 № 536-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», в соответствии со статьями 30, 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», руководствуясь пунктом 3 частью 3 раздела V Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2017 год (далее – Тарифное соглашение) во изменение и в дополнение Тарифного соглашения заключено настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения и дополнения:

1.1. Шестнадцатый абзац, пункта 1, раздела I изложить в новой редакции:

«- Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23.12.2016 № 11-7/10/2-8304 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

1.2. Двадцать четвёртый абзац, пункта 1, раздела I изложить в новой редакции:

«- Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, разработанными рабочей группой Министерства здравоохранения Российской Федерации по подготовке методических рекомендаций по реализации способов оплаты медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 11-8/10/2-8266 и 12578/26-и от 22.12.2016).».

1.3. Второй и третий абзацы, пп. 2), пункта 9, раздела I изложить в новой редакции:

«- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры 70 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС;

- межбюджетный трансферт из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 30 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС.».

1.4. Четвертый, пятый, шестой, седьмой, восьмой и девятый абзацы, пп 2, пункта 1, части 1, раздела II изложить в новой редакции:

«В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

– на финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

– на оплату диализа в амбулаторных условиях;

– на стоматологическую медицинскую помощь;



– на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО - Югры за пределами территории страхования.».

1.5. Подпункт 3), пункта 1, части 1, раздела II изложить в новой редакции:

«3) Медицинские организации ежемесячно представляют реестр счетов оказанной прикрепленному и не прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по утвержденным в установленном порядке тарифам. Тарифы на услуги, финансирование которых включено в подушевой норматив финансирования, определяются для группы медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, с учетом интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, а для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, - без учета интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива. Тарифы на услуги, финансирование которых не включено в подушевой норматив финансирования, определяются без учета указанного коэффициента.».

1.6. Подпункт 11, пункта 3, части 1, раздела II изложить в новой редакции:

«11) Оплата фактически выполненных по договору объемов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении диспансеризации или медицинских осмотров, производится медицинской организацией, ответственной за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, по тарифам посещений и тарифам диагностических услуг соответствующего уровня оказания медицинской помощи установленного для медицинской организации направившей пациента.».

1.7. Пункта 1, части 2, Раздела II, после слов «Особенности формирования и оплаты некоторых КСГ» абзац 3) изложить в новой редакции:

«3) КСГ Лекарственная терапия при хронических вирусных гепатитах в дневном стационаре (КСГ 21 «Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия», КСГ 22 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3», КСГ 23 «Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 2, 3», КСГ 24 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4» (уровень 1) и КСГ 25 «Вирусный гепатит С хронический, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4» (уровень 2)) формируется по комбинации кода (двух кодов) МКБ 10 и кодов Номенклатуры. Коэффициент затратоемкости для вышеуказанных групп приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии».

1.8. Третий абзац, пункта 2, части 2, раздела II изложить в новой редакции:

«За законченный случай лечения, включенного в КСГ реабилитационного профиля (коды КСГ 113-120) предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных порядками, стандартами, протоколами и клиническими рекомендациями реабилитационной помощи и соответствующей длительности лечения.».

1.9. Пункт 4, части 2, раздела II изложить в новой редакции:

«КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» включает в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропозз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.).

Законченный случай лечения в дневном стационаре по КСГ 41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» предъявляется к оплате за календарный месяц. Стоимость



услуг диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения, по тарифам услуг, установленных в Приложении 26 к настоящему Тарифному соглашению. В случае проведения 9 и более услуг диализа за отчетный месяц КСГ 41 подлежит оплате в размере 100%, от 5 до 8 услуг включительно – 50%, 4 и менее услуг – 25%.

На каждый законченный случай оформляется медицинская карта стационарного больного. За один отчетный месяц может быть предъявлено к оплате не более одного законченного случая лечения по КСГ41.

Пересечения сроков лечения в круглосуточном стационаре с периодом лечения в дневном стационаре по КСГ41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ» допускается. В случае нахождения пациента в круглосуточном стационаре в период лечения в дневном стационаре по КСГ41 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ», случай по КСГ 41 должен быть завершён датой оказания последней услуги диализа в отчетном месяце. При этом предъявление к оплате законченного случая по КСГ 41 и услуг диализа осуществляется в соответствии с изложенными в настоящем пункте правилами».

1.10. Двадцать пятый абзац, пункта 3, части 3, раздела II изложить в новой редакции:

«Законченным случаем лечения заболевания по КСГ № 31 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, дети», КСГ №32 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, дети», КСГ № 33 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), дети», КСГ № 142 «Лекарственная терапия при остром лейкозе, взрослые», КСГ № 143 «Лекарственная терапия при других злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей, взрослые», КСГ № 144 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырном заносе» и КСГ № 145 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2), является курс химиотерапевтического лечения, выполненного в период одной госпитализации.».

1.11. Третий абзац, части 6, раздела II изложить в новой редакции:

« $HЗ_{\phi} = HЗ_{пгг} * (K_{лиф} * \partial + (1 - \partial + 0,3))$ , где:».

1.12. Восьмой абзац, части 6, Раздела II изложить в новой редакции:

«0,3 – доля межбюджетного трансферта бюджету территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на дополнительное финансовое обеспечение реализации ТП ОМС в части видов высокотехнологичной медицинской помощи.».

1.13. Пятнадцатый и шестнадцатый абзацы, пункта 1), части 2, раздела III изложить в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, в амбулаторных условиях составляет – 8 986,56 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет – 431,91 рублей в месяц.».

1.14. Часть 2, раздела III дополнить пунктом 14) в следующей редакции:



«Дифференцированные коэффициенты для подушевого финансирования на прикрепившихся лиц и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц отражены в Приложении 34 к настоящему Тарифному соглашению. Интегрированный коэффициент дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц отражен в Приложении 35 к настоящему Тарифному соглашению».

1.15. Пункт 1) части 3, раздела III изложить в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо:

– в дневных стационарах составляет – 1 624,83 руб.

– в стационарах составляет – 10 648,36 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка):

– в дневных стационарах составляет – 15 734,37 руб.

– в стационарах составляет – 45 617,59 руб.

Возмещение расходов МО на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания, дневных стационарах, стационарах на дому, ЦАХ) осуществляется согласно перечню клинко-статистических групп, коэффициентов относительной затратноёмкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (Приложения 16 - 17 к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (Приложение 14 к настоящему Тарифному соглашению).».

1.16. Пункт 1), части 4, раздела III изложить в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет – 1 517,90 руб. (в год).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 126,97 рублей в месяц.».

1.17. Часть 4, раздела III дополнить пунктом 6) в следующей редакции:

«Средневзвешенные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций отражены в Приложении 36 к настоящему Тарифному соглашению».

1.18. Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих и не имеющих прикрепившихся лиц» изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему дополнительному соглашению.

1.19. Приложение 2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров» изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему дополнительному соглашению.

1.20. Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского



автономного округа – Югры по уровням оказания медицинской помощи» изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему дополнительному соглашению.

1.21. Приложение 6 «Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему дополнительному соглашению.

1.22. Приложение 11 «Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего)» изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему дополнительному соглашению.

1.23. Приложение 14 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС на 2017 год» изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему дополнительному соглашению.

1.24. Приложение 15 «Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи» изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему дополнительному соглашению.

1.25. Приложение 16 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2017 год» изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему дополнительному соглашению;

1.26. Приложение 17 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2017 год» изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему дополнительному соглашению.

1.27. Приложение 18 «Управленческие коэффициенты к КСГ (дневной стационар)» изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему дополнительному соглашению;

1.28. Приложение 19 «Управленческие коэффициенты к КСГ (круглосуточный стационар)» изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему дополнительному соглашению.

1.29. Приложение 21 «Базовая ставка и средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ дневного стационара» изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему дополнительному соглашению.

1.30. Приложение 22 «Базовая ставка и средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ круглосуточного стационара» изложить в новой редакции согласно приложению 13 к настоящему дополнительному соглашению.

1.31. Приложение 23 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2017 году» изложить в новой редакции согласно приложению 14 к настоящему дополнительному соглашению.

1.32. Приложение 24 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2017» изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему дополнительному соглашению.

1.33. Приложение 25 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев» изложить в новой редакции согласно приложению 16 к настоящему дополнительному соглашению.

1.34. Приложение 33 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях»



изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему дополнительному соглашению.

1.35. Дополнить Тарифное соглашение приложением 34 «Дифференцированные коэффициенты для подушевого финансирования на прикрепившихся лиц и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц» в редакции приложения 18 к настоящему дополнительному соглашению.

1.36. Дополнить Тарифное соглашение приложением 35 «Интегрированный коэффициент дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц» в редакции приложения 19 к настоящему дополнительному соглашению.

1.37. Дополнить Тарифное соглашение приложением 36 «Средневзвешенные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций» в редакции приложения 20 к настоящему дополнительному соглашению.

2. Остальные условия Тарифного соглашения остаются неизменными.

3. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

4. Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 января 2017 года и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 1 января 2017 года, в том числе начатые ранее.

5. Дополнительное соглашение и приложения к нему составлено в одном экземпляре, который хранится в ТФОМС Югры.

6. ТФОМС Югры доводит Дополнительное соглашение до сведения всех участников системы обязательного медицинского страхования автономного округа и членов комиссии путем размещения на собственном сайте в сети «Интернет».


Подписи сторон:

Председатель комиссии,  
Директор Департамента  
здравоохранения ХМАО-Югры



А.А. Добровольский

Секретарь комиссии,  
директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования ХМАО-Югры



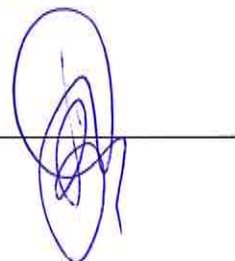
А.П. Фучежи

Член комиссии,  
заместитель директора  
департамента здравоохранения  
ХМАО-Югры



В.А. Нигматулин

Член комиссии,  
первый заместитель директора  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования ХМАО-Югры



В.А. Смирнов

Член комиссии,  
директор Югорского филиала  
акционерного общества  
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



А.А. Данилов

Член комиссии,  
генеральный директор  
ОАО «СМК «Югория-Мед»



М.А. Соловей

Член комиссии,  
президент НП «Ассоциация работников  
здравоохранения ХМАО-Югры»



А.В. Кичигин

Член комиссии,  
член НП «Ассоциация работников  
здравоохранения ХМАО-Югры»



П.Г. Овечкин

Член комиссии,  
председатель окружной организации  
профсоюза работников  
здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова

Член комиссии,  
председатель Сургутской территориальной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения РФ



А.А. Суровов