

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
на 2017 год**

Содержание

Раздел I. «Общие положения»	4
Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи»	19
Часть 1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяемые на территории ХМАО-Югры	20
1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи)	20
2. Оплата стоматологической помощи.....	22
3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения	23
Часть 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому, в том числе прерванных случаев)	27
1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, оплачиваемой по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний.	27
2. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация».	31
3. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту в условиях дневного стационара.....	31
4. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Нефрология», особенности оплаты КСГ 41.	31
5. Особенности формирования реестров медицинской помощи:.....	32
Часть 3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.....	32
Часть 4. Способы оплаты скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)	38
Часть 5. Оплата скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях.	38
Часть 6. Способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.....	38
Раздел III. «Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи»	40
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования.....	40
Расходы на приобретение основных средств	45
Часть 2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	48
Часть 3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов.....	50
Часть 4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи (оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)	51

Раздел IV. Размер неоплаты и не полной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а так же уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.	52
Раздел V. «Заключительные положения»	52
Часть 1. Порядок взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории ХМАО – Югры	52
Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчётов участников обязательного медицинского страхования между ТФОМС, СМО и МО.....	53
Часть 3. Срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов.....	56
Часть 4. Процедура признания тарифного соглашения действующим	56
Часть 5. Список приложений к Тарифному соглашению	56

Тарифное соглашение (далее – Тарифное соглашение) заключено Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утверждённой постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 29 декабря 2011 года № 513-п (в редакции постановлений Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 10.08.2012 № 291-п, от 15.02.2013 № 47-п, от 09.08.2013 № 307, от 28.03. 2014 года №111-п, от 13.02.2015 N 31-п, от 13.05.2016 N 146-п, от 15.07.2016 N 258-п, от 02.12.2016 №476-п) (далее – Комиссия) в составе:

Добровольский Алексей Альбертович	- директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Фучежи Александр Петрович	- директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Нигматулин Владислав Анварович	- заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
Евсеев Евгений Анатольевич	- главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры "Ханты-Мансийская районная больница" (по согласованию)
Данилов Алексей Аркадьевич	- директор Югорского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»
Соловей Маским Анатольевич	- генеральный директор открытого акционерного общества «СМК «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

Раздел I. «Общие положения»

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

- Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

- Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- Постановлением Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила);
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;
- Приказом Минздрава России от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;
- Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2015 № 11-9/10/2-7796 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год»;
- Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;
- Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 22.12.2016 № 536-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов»;
- Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 09.10.2013 № 414-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Развитие здравоохранения на 2014 - 2020 годы».

– Закон о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа –Югры на 2017 год и плановый период 2018 и 2019 годов (далее – закон о бюджете ТФОМС Югры) принят Думой Ханты-Мансийского автономного округа –Югры от 17.11.2016 № 100-оз (с изменениями от 23.12.2016 №114-оз).

– Приказом Минздрава России от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»;

– Приказом Минздрава России от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях».

– Приказом Департамента Здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 29.10.2015 №13-нп «Об утверждении Примерного положения об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры».

– Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, одобренных решением рабочей группы 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 № 11-9/10/2-7938 и 8089/21-и от 24.12.2015 с изм. от 25.04.2016 №11-9/10/2-2547 и 3567/26-2/и).

– И другими нормативными документами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами размер и структура тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), действующие в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации (далее – ТП ОМС), проживающих в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре, порядок применения тарифов, и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

– тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТП ОМС, их состав и порядок применения;

– способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках ТП ОМС;

– порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – автономного округа) при оплате медицинской помощи;

– перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. Основные обязанности участников Тарифного соглашения.

Стороны, являющиеся сторонниками настоящего Тарифного соглашения,

1) Принимают на себя и обязуются в полном объеме выполнять следующие обязательства:

Органы исполнительной власти автономного округа обязуются осуществлять:

- организацию лицензирования медицинской деятельности;
- обеспечение контроля за качеством оказываемой медицинской помощи, контроль за их соблюдением;
- разработку нормативов оказания медицинской помощи, контроль за их соблюдением;
- разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования граждан;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2) ТФОМС Югры обязуется осуществлять:

- финансирование обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и автономного округа;
- обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории автономного округа;
- контроль за целевым использованием финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование граждан;
- обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3) Страховые медицинские организации обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- осуществление оплаты медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;
- осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договоров на оказание медицинской помощи гражданам застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;
- осуществление защиты интересов застрахованных граждан;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4) Медицинские организации обязуются обеспечить:

- оказание качественной, доступной медицинской помощи в объемах и на условиях программы обязательного медицинского страхования населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2017 году;
- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- выполнение требований медицинской этики, деонтологии, врачебной тайны;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5) Профессиональный союз медицинских работников обязуются обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций, исходя из необходимости повышения уровня защищенности профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников отрасли;
- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- контроль за соблюдением медицинскими организациями норм трудового законодательства;
- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Система оплаты медицинской помощи, устанавливаемая Тарифным соглашением, должна способствовать решению следующих основных задач:

- обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, определяемых ТП ОМС в условиях максимально эффективного использования целевых финансовых средств обязательного медицинского страхования;
- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение значительного объема помощи на амбулаторный этап, сокращение длительности пребывания больных в стационаре, усиление профилактической направленности в деятельности медицинских учреждений, обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;
- способствовать приведению уровня тарифов в соответствии с нормативно обоснованными затратами на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам;
- обеспечивать доступность и повышение качества медицинской помощи гражданам.

6. Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении:

Обязательное медицинское страхование (далее - ОМС) – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования в пределах ТП ОМС и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС.

Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование.

Полис обязательного медицинского страхования (далее - полис) является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Базовая программа обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа ОМС) – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счёт средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры и соответствующая единым требованиям базовой программы ОМС.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее - ТФОМС Югры) – некоммерческая организация, созданная Правительством Ханты-Мансийского автономного округа – Югры для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Страховая медицинская организация (далее - СМО) – страховая организация, имеющая лицензию, выданную федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере страховой деятельности и включенная в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - МО) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ:

- организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;

- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

Уровень организации медицинской помощи - технологический уровень оказания медицинской помощи (лечение одного и того же заболевания с применением медицинских технологий разной сложности), определённый исходя из возможностей и особенностей региональной сети медицинских организаций.

Тарифы в сфере обязательного медицинского страхования (далее – тарифы) – группа ценовых показателей, определяющих уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинской организации по выполнению ТП ОМС.

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) - группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

Оплата медицинской помощи по КСГ - оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратно-емкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка - средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратно-емкости - устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент затратно-емкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратно-емкости к базовой ставке.

Коэффициент дифференциации - устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

Поправочные коэффициенты - управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент - поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи - поправочный коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - поправочный коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

Коэффициент сложности лечения пациентов - поправочный коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинко-статистической группы заболеваний - группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноёмкости, отличный от коэффициента относительной затратноёмкости по клинко-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Оплата медицинской помощи за услугу в стационарных условиях - составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения в дневном стационаре/госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Отчетный период (месяц) - календарный месяц оказания помощи, в том числе завершения ранее начатой.

Единый регистр застрахованных по ОМС лиц - территориально распределенный информационный ресурс, являющийся совокупностью региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц.

Региональный сегмент единого регистра застрахованных по ОМС лиц - информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в субъекте Российской Федерации по ОМС.

Регистр прикрепленных лиц - информационный ресурс, содержащий сведения о застрахованных лицах, реализовавших право выбора медицинской организации, в соответствии с порядком, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Реестр медицинской помощи (далее - реестр счетов) - информационный ресурс, содержащий персонифицированную информацию о случаях оказания медицинской помощи.

Фактические объемы предоставления медицинской помощи - объем (количество) фактически оказанных единиц объема медицинской помощи: медицинских услуг, посещений, обращений, вызовов скорой медицинской помощи, случаев госпитализации, койко-дней, пациенто-дней), включенных в реестр оказанной медицинской помощи.

Фактические объемы финансирования медицинской помощи - фактическая стоимость медицинской помощи на основе данных о фактически оказанной медицинской помощи согласно реестрам счетов.

Расчетные объемы финансирования медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу - размер финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, определенный исходя из значения дифференцированного подушевого норматива финансирования данного вида медицинской помощи.»

Внешние медицинские услуги - консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным по ОМС лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Посещение (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи по поводу заболеваний, в том числе в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях в рамках программ обязательного медицинского страхования включает посещения:

- а) центров здоровья;
- б) в связи с диспансеризацией определённых групп населения, диспансерным наблюдением;
- в) в связи с медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- г) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём;
- д) врачей в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей;
- е) в связи с другими обстоятельствами (разовые посещения по поводу заболевания, связанные с диагностическим обследованием, направлением на консультацию, госпитализацию, в дневной стационар, получением справки, санаторно-курортной карты и других медицинских документов).

Законченный случай обращения в поликлинику – объём профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий по поводу заболевания, при обращении с профилактической целью, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар, наступает иной исход или выносится заключение о состоянии здоровья и (или) о мерах, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

Под законченным случаем обращения в стоматологии понимается совокупность услуг, оказанных пациенту при обращении за стоматологической медицинской помощью по поводу одного заболевания.

Законченный случай лечения в стационаре, дневном стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по основному заболеванию, а также по сопутствующей патологии, требующей коррекции в период стационарного лечения или лечения в дневном стационаре, предоставленных пациенту в стационаре или в дневном стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки (выпуска, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтверждённого первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Подушевое финансирование скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной медицинской помощи) – порядок финансирования скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи - объём финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанный на одну единицу обслуживаемого МО населения (на одного жителя).

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением стоматологии) – объём средств, определённый исходя из стоимости амбулаторной помощи по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, в месяц.

Прикреплённое население - застрахованные на территории автономного округа граждане, прикрепленные к медицинской организации в соответствии с порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления застрахованных лиц, утверждённым настоящим Тарифным соглашением.

Неприкреплённое население - застрахованные на территории автономного округа граждане, прикрепленные к другим медицинским организациям или не прикрепленные ни к одной из медицинских организаций на территории автономного округа.

Плановые объёмы предоставления медицинской помощи – установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) количество единиц объёма медицинской помощи, сформированные на основании средних нормативов объёма медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учётом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации.

Плановые объёмы финансирования медицинской помощи – установленные Комиссией суммы на финансовое обеспечение медицинской помощи, соответствующие плановым объёмам предоставления медицинской помощи.

Форматно - логический контроль (далее - ФЛК) – проводимая ТФОМС Югры автоматизированная обработка файлов, содержащих информацию о застрахованных лицах, оказанной медицинской помощи и результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, на соответствие утверждённому формату, региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, Тарифному соглашению в системе ОМС ХМАО - Югры.

Контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС – мероприятия по проверке соответствия предоставленной застрахованному лицу медицинской помощи условиям договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, реализуемые посредством медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Медико-экономический контроль (далее - МЭК) – установление соответствия сведений об объёмах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

Медико-экономическая экспертиза (далее - МЭЭ) – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объёма предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учётно-отчетной документации медицинской организации.

Экспертиза качества медицинской помощи (далее - ЭКМП) – выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи.

Повторные медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза или экспертиза качества медицинской помощи - проводимая другим специалистом-экспертом медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза или другим экспертом качества медицинской помощи экспертиза качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу или экспертизу качества медицинской помощи.

Повторные МЭК/МЭЭ/ЭКМП проводятся в случаях:

- проведения территориальным фондом обязательного медицинского страхования документальной проверки организации обязательного медицинского страхования страховой медицинской организацией;
- выявления нарушений в организации контроля со стороны страховой медицинской организации;
- необоснованности и/или недостоверности заключения эксперта качества медицинской помощи, проводившего экспертизу качества медицинской помощи;
- поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией.

7. Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках программ обязательного медицинского страхования условно выделяются следующие единицы объёма предоставления медицинской помощи:

1. посещения с профилактическими и иными целями:
 - а) посещения с профилактической целью, в том числе:
 - центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);
 - в связи с диспансеризацией определённых групп населения;
 - в связи с диспансерным наблюдением, в том числе с целью выписки рецептов на лекарственные препараты;
 - в связи с медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
 - в связи с патронажем;
 - б) посещения с другими обстоятельствами, в том числе:
 - в связи с получением справки, других медицинских документов;
 - в) разовые посещения по заболеванию с целью выполнения отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием. Посещение с профилактическими и иными целями при разовых посещениях по заболеванию, в том числе с целью выполнения отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием, формируется в реестре как отдельная запись, которая может содержать любое количество диагностических услуг, при этом она не содержит ни одного посещения врача. Такая запись учитывается в реестре медицинских услуг как «0» посещений с профилактической целью. При этом стоимость оказанных диагностических услуг учитывается в объеме финансирования за посещения с профилактической и иной целью. В медицинских организациях, оказывающих только диагностические услуги в амбулаторных условиях:

810235 ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре;

810189 ООО «Оздоровительный центр «ВИРА»;

810258 ООО «МРТ-Эксперт Сургут»;

810259 ООО «УЗИ в Сургуте»,

единицей учета медицинской помощи является диагностическая услуга, учитываемая как одно посещение с профилактическими и иными целями.

2. посещения при оказании неотложной помощи – посещения в связи с возникшими внезапно острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента с возможностью проведения лабораторных и инструментальных исследований, в том числе не завершившиеся формированием законченного случая обращения в поликлинику.

Посещение при оказании неотложной помощи формируется в реестре как отдельная запись, которая содержит 1 посещение врача и любое количество диагностических услуг. Случаи оказания медицинской помощи в неотложной форме, имеющие в своем составе более 1 посещения врача должны формироваться в реестре медицинской помощи как законченные случаи обращения по заболеванию. Если при оказании неотложной медицинской помощи в приемных отделениях медицинских организаций пациенту выполняется более 1 посещения врача в день обращения за медицинской помощью, то такие случаи должны формироваться в реестре медицинской помощи как несколько посещений при оказании неотложной помощи.

3. обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания. (Посещения по поводу заболевания – первичные и повторные посещения по поводу одного заболевания, входящие в состав обращения, как законченного случая лечения в амбулаторных условиях по поводу заболевания). Обращение по поводу заболевания формируется в реестре как отдельная запись, которая содержит более 1 посещения врача и любое количество диагностических услуг. Случаи оказания медицинской помощи в неотложной форме, имеющие в своем составе более 1 посещения врача должны формироваться в реестре медицинской помощи как законченные случаи обращения по заболеванию. Законченный случай обращения по поводу заболевания по профилям: стоматология, медицинская реабилитация, физиотерапия, лечебная физкультура, может содержать одно посещение по поводу заболевания, если цель обращения достигнута.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в условиях дневного стационара** является случай лечения в условиях дневного стационара (законченный случай лечения в условиях дневного стационара).

Отдельному учету подлежат:

1) заместительная почечная терапия методами диализа, оказанная в условиях дневного стационара. Единицей учета заместительной почечной терапии методами диализа в условиях дневного стационара является случай лечения. Законченным случаем лечения в условиях дневного стационара при заместительной почечной терапии методами диализа считается лечение в течение одного месяца (фактически оказанное количество процедур за месяц, в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Заместительная почечная терапия методами диализа в условиях дневного стационара учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

2) медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ЭКО). Единицей учета ЭКО является случай лечения в условиях дневного стационара. ЭКО учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в стационарных условиях** является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях).

Отдельному учету подлежат:

1) высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанная в стационарных условиях (далее - ВМП). Единицей объёма ВМП является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). ВМП учитывается в реестре медицинской помощи по типу файла пакета информационного обмена персонифицированного учета высокотехнологичной медицинской помощи (константа «Т») и полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи, которое должно принимать одно из значений из справочника на 2017 год приложения 14 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2017 год;

3) медицинская реабилитация в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций (далее также медицинская реабилитация в стационарных условиях). Единицей учета медицинской реабилитации в стационарных условиях является койко-день. Медицинская реабилитация в стационарных условиях учитывается в реестре медицинской помощи по полю «PROFIL» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления **скорой медицинской помощи вне медицинской организации** является вызов. Так же отдельному учету подлежат медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.

8. Принципы системы оплаты медицинской помощи.

1) В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальной программы государственных гарантий в автономном округе сформирована трёхуровневая система организации медицинской помощи гражданам:

первый уровень - оказание преимущественно первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи, а также специализированной медицинской помощи и скорой медицинской помощи (медицинские организации либо подразделения медицинских организаций, оказывающие первичную медико-санитарную медицинскую помощь: фельдшерско-акушерские пункты, врачебные амбулатории, участковые больницы, районные больницы, городские больницы, офисы врачей общей практики и семейных врачей, городские поликлиники и др.);

второй уровень - оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной), медицинской помощи (медицинские организации, либо подразделения медицинских организаций, оказывающие первичную, в том числе первичную специализированную, и специализированную медицинскую помощь: межтерриториальные амбулаторные центры и поликлиники, многопрофильные и специализированные медицинские организации, оказывающие квалифицированную первичную специализированную и специализированную медицинскую помощь по наиболее востребованным профилям жителям в пределах как минимум двух населенных пунктов (районов));

третий уровень - оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (медицинские организации, оказывающие специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь:

многопрофильные медицинские организации, специализированные медицинские организации регионального (окружного) значения).

2) Виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структура тарифа на оплату медицинской помощи, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в автономном округе за счёт средств обязательного медицинского страхования, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объёмов предоставления медицинской помощи в расчёте на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы обязательного медицинского страхования в расчёте на одно застрахованное лицо устанавливаются ТП ОМС.

3) ТФОМС Югры осуществляет финансирование СМО в соответствии с договорами финансового обеспечения обязательного медицинского страхования.

4) Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, по утверждённым в установленном порядке тарифам, действующим на дату окончания случая оказания медицинской помощи. В случае отсутствия реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи оплата оказанной помощи не осуществляется вне зависимости от способа оплаты, оказанной медицинскими организациями медицинской помощи.

5) Оплата медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории автономного округа, осуществляется СМО в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по установленным способам оплаты медицинской помощи, по тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учётом требований Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

6) Оплата медицинской помощи оказываемой медицинскими организациями автономного округа лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа, осуществляется ТФОМС Югры в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона по базовым тарифам соответствующего уровня организации медицинской помощи и подлежит возмещению территориальными фондами обязательного медицинского страхования иных субъектов РФ в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования.

7) Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в ТФОМС Югры реестр медицинской помощи, включая оказанную прикреплённому и некреплённому населению первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь), медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа, по утверждённым в установленном порядке тарифам.

8) Включение случая оказания медицинской помощи в реестр медицинской помощи производится по завершении оказания медицинской помощи пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по тарифам соответствующего уровня организации медицинской помощи предусмотренным настоящим Тарифным соглашением.

9) Актуализация диагноза в процессе наблюдения и лечения по одному случаю заболевания не приводит к формированию нового случая оказания медицинской помощи. При оказании медицинской помощи врачами разных специальностей (консультации,

диагностические услуги и т.д.), в реестр медицинской помощи вносятся данные (код) лечащего врача и код медицинского работника, непосредственно оказывающего медицинскую услугу.

10) Оплате за счёт средств ОМС подлежит медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС.

9. Особенности основных показателей Территориальной программы обязательного медицинского страхования и их текущего учета.

1) Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства ОМС, предусмотренные Законом Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 17.11.2016 N 100-оз "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов " (с изменениями от 23.12.2016 №114-оз) в части финансового обеспечения Программы ОМС.

2) Финансовое обеспечение ТП ОМС формируется из двух основных источников: субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры, межбюджетного трансферта из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в рамках базовой программы. Процентное соотношение источников финансирования, рассчитывается на основании закона о бюджете ТФОМС Югры, утверждённых бюджетных назначений доходной части. В течение 2017 года необходимо детализировать учет финансового обеспечения ТП ОМС по источнику финансирования согласно процентному соотношению, с учетом особенностей. На 01.01.2017 года процентное соотношение следующее:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры 70,8 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС;

- межбюджетный трансферт из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 29,2 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС.

Процентное соотношение может меняться исходя из корректировок утвержденных бюджетных назначений.

3) В целях финансовой устойчивости системы ОМС при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС Югры может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

4) Плановые объёмы предоставления и объёмы финансирования медицинской помощи распределяются и устанавливаются решением Комиссии между медицинскими организациями и между страховыми медицинскими организациями на год.

5) Перераспределение установленных плановых объемов предоставления медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств происходит по результатам ежемесячного мониторинга исполнения объемов предоставления и финансирования медицинской помощи, в разрезе условий оказания, медицинских организаций и страховых медицинских организаций. В случае несоответствия фактически выполненным объемам предоставления и объемов финансирования медицинской помощи (реестр медицинской помощи), плановым объемам предоставления и объемам финансирования медицинская организация вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи. ТФОМС Югры вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации.

6) Ежемесячный мониторинг исполнения ТП ОМС учитывает:

- исполнение объёмов медицинской помощи, снижение плановых объёмов медицинской помощи конкретной медицинской организации на объёмы медицинской помощи отклоненных по результатам проведенных страховыми медицинскими организациями экспертиз контроля объёмов, сроков, качества и условий;

– исполнение объемов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств, учитывается снижение плановых объемов финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации на размер средств, направленных страховыми медицинскими организациями на формирование собственных средств по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между СМО и ТФОМС);

– исполнение объемов медицинской помощи, которые включают только те случаи оказания медицинской помощи, которые оплачены страховой медицинской организацией полностью или частично (неполная оплата).

7) На основе ежемесячного мониторинга исполнения ТП ОМС и сравнительного анализа расчетного объема финансирования посредством подушевого способа оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, ТФОМС Югры вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке годового планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

8) Просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций, проведение текущего ремонта, не является основанием для корректировки и перераспределения плановых объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых средств между медицинскими организациями, установленными решением Комиссии по ТП ОМС для медицинской организации на год. В случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, возмещение расходов на выплату заработной платы и расходов по другим статьям, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем медицинской помощи не является обязательством системы ОМС.

9) Не устанавливаются решением комиссии и не учитываются в ТП ОМС объемы предоставления и объемы финансирования медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

10) Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в ТП ОМС.

11) Страховые медицинские организации осуществляют контроль за соответствием поданным медицинской организацией на оплату объемам медицинской помощи и установленным комиссией объемам медицинской помощи в разрезе условий оказания в соответствии с решением Комиссии, согласно приложениям к протоколу заседаний Комиссии, в установленном указанными приложениями разрезе за исключением объемов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств, установленных для межтерриториальных расчетов за помощь, оказанную медицинскими организациями за пределами Ханты-Мансийского автономного округа - Югра, застрахованным лицам Ханты-Мансийского автономного округа – Югра.

12) Условия перераспределения плановых объемов медицинской помощи в текущем году:

– оптимизация направленная на повышение эффективности административного хозяйствования медицинской организации (изменения в штатном расписании, организационной структуре, оптимизация расходов медицинской организации);

– перепрофилирование коечного фонда, сокращение или увеличение коечного фонда медицинской организации;

– изменение юридического статуса медицинской организации;

– обоснованность перераспределения на основании проведенного мониторинга исполнения установленных объемов медицинской помощи, а именно исходя из ежемесячной динамики исполнения установленных объемов медицинской помощи, связанной с причиной неисполнения или перевыполнения плановых объемов оказания медицинской помощи.

13) ТФОМС Югры оставляет за собой право инициировать изменение финансового обеспечения ТП ОМС в рамках базовой программы за счет:

- корректировки расходов АУП на обеспечение деятельности ТФОМС Югры;
- суммы фактических средств на ведение дела, направленных страховым медицинским организациям;
- прочих поступлений, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи»

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС автономного округа производится следующими способами:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

– за единицу объёма медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, обращение (законченный случай).

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

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- случай лечения заболевания в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, входящих в программу ОМС;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

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

- лицам, застрахованным в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре по тарифам подушевого финансирования скорой медицинской помощи (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) с учётом численности и половозрастной структуры населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в сочетании с оплатой

за медицинские услуги, стоимость которых не включена в подушевой норматив (внутривенное введение тромболитических препаратов),

- лицам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа - Югры по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за медицинские услуги, стоимость которых не включена в тариф вызова (внутривенное введение тромболитических препаратов).

Часть 1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяемые на территории ХМАО-Югры

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

1) Расчет подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется согласно Приложению 6 к Тарифному соглашению.

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

- **По подушевому нормативу финансирования** в соответствии с перечнем Медицинских организаций участвующих в подушевом финансировании (Приложение 1 к настоящему Соглашению).

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

Подушевой норматив финансирования не включает расходы на оказание:

- медицинской помощи оказанной неприкреплённому населению;
- стоматологической медицинской помощи;
- проведение первого этапа диспансеризации прикрепленного и неприкрепленного населения в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- проведение медицинских осмотров неприкрепленного населения в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- медицинских услуг в Центрах Здоровья.

- **По тарифам за единицу объёма медицинской помощи** в соответствии с перечнем Медицинских организаций не участвующих в подушевом финансировании (Приложение 1 к Тарифному соглашению).

По тарифам за единицу объёма оплачивается так же медицинская помощь, оказанная **неприкреплённому** населению, а также лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа, **амбулаторно**.

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

- по тарифам посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам диагностических медицинских услуг при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/ восстановительной медицине при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

- по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап;
- по тарифам проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап;
- по тарифам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего);
- по тарифам предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения (законченный случай I этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего);
- по тарифам периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при обучении в образовательных учреждениях (законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего);
- по тарифам проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап.

3) Медицинские организации ежемесячно представляют реестр счетов оказанной прикреплённому и неприкреплённому населению первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по утверждённым в установленном порядке тарифам.

4) Включению в реестр медицинской помощи подлежат посещения врачей и средних медицинских работников (ведущих самостоятельный амбулаторный приём), оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, лечебно-диагностические мероприятия, а также мероприятия по профилактике заболеваний, включая проведение профилактических прививок, медицинских осмотров, в том числе выездных, диспансеризации определённых категорий граждан, выполненные и учтённые в МО в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения.

5) При продолжении начатого ранее лечения или направлении на консультацию, обследование или реабилитационное / восстановительное лечение в амбулаторных условиях в другой медицинской организации в реестр медицинской помощи включаются фактически выполненные объёмы медицинской помощи каждой медицинской организацией, по соответствующим тарифам.

6) По стоимости тарифов посещений включается в реестр медицинской помощи также медицинская помощь в следующих случаях:

- посещение пациента на дому;
- осмотр (консультация) заведующим поликлиническим отделением пациента, находящегося на амбулаторном лечении;
- 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 и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних;
- врачебные осмотры при проведении второго этапа диспансеризации определённых категорий граждан;
- врачебные осмотры при проведении диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями;
- врачебные осмотры граждан, проводимые в МО 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;

– профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе выездные.

7) 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.

8) Мероприятия по медицинской профилактике заболеваний, проводимые в виде групповых занятий (школа Диабета, Астмы, Гипертонической болезни, ИБС и др.) лицам, состоящим на диспансерном учёте по соответствующему заболеванию, включаются в реестр медицинской помощи в составе случая оказания амбулаторной помощи или в виде отдельного случая не чаще 1 раза в год для одного лица по тарифу «Посещение «Школы здоровья» при условии оформления необходимой медицинской документации.

9) Включение в реестр медицинской помощи амбулаторной медицинской помощи по медицинской реабилитации/восстановительной медицине, в т.ч. в отделениях (кабинетах) медицинских организаций, производится по тарифам врачебного посещения и услуг медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании амбулаторной помощи, сформированным в отдельный случай при реабилитационном/восстановительном лечении или в составе случая оказания амбулаторной помощи.

10) 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, может быть включено в реестр медицинской помощи по тарифу соответствующей диагностической услуги вне зависимости от посещения врача.

11) Включение в реестр медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи пациентам в приёмных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения специалиста соответствующего профиля и по тарифам диагностических медицинских услуг.

12) Если врачом была назначена повторная явка на приём на определенную дату, указанную в медицинской документации, но пациент на приём не явился, о чём в медицинской документации имеется запись, то случай оказания медицинской помощи может быть завершён:

– датой несостоявшейся явки, при этом дата окончания лечения (случая) не будет совпадать с датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая;

– 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;

– датой последней явки.

2. Оплата стоматологической помощи

1) Затраты медицинских организаций на оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях не включены в тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования). Оплата стоматологической помощи в амбулаторных условиях производится по тарифам на медицинские услуги в стоматологии, сформированным в отдельный

законченный случай в стоматологии. Медицинская услуга «Посещение в стоматологии (для оплаты по ОМС)» применяется во всех случаях оказания стоматологической помощи в поликлинике (кабинете) не более одного раза при каждом посещении, независимо от количества оказанных медицинских услуг. Данная услуга может быть предъявлена к оплате два и более раза в день только в случае оказания услуг разными физическими лицами, в том числе врачами разных специальностей.

2) В случае оказания стоматологической помощи и помощи по медицинской реабилитации/восстановительной медицине/ одному и тому же пациенту в пределах одной специализированной стоматологической медицинской организации возмещение расходов проводится по тарифам медицинских услуг в стоматологии I уровня и по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине/ I уровня.

3) В случае оказания стоматологической помощи и помощи по медицинской реабилитации/восстановительной медицине/ одному и тому же пациенту в пределах одной многопрофильной медицинской организации, имеющей в своём составе стоматологический кабинет (отделение), возмещение расходов проводится по тарифам медицинских услуг в стоматологии I уровня и по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине/ соответствующего уровня.

4) В случае оказания стоматологической помощи и применения диагностических услуг одному и тому же пациенту в пределах одной специализированной стоматологической медицинской организации возмещение расходов проводится по тарифам медицинских услуг в стоматологии I уровня и по тарифам диагностических медицинских услуг I уровня.

5) В случае оказания стоматологической помощи и применения диагностических услуг одному и тому же пациенту в пределах одной многопрофильной медицинской организации, имеющей в своём составе стоматологический кабинет (отделение), возмещение расходов проводится по тарифам медицинских услуг в стоматологии I уровня и по тарифам диагностических медицинских услуг соответствующего уровня.

6) Стоматологическая помощь, оказываемая пациентам, находящимся на амбулаторном и стационарном лечении по основному заболеванию, предъявляется к оплате отдельно по тарифам медицинских услуг в стоматологии.

3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения

1) Случаи проведения диспансеризации предъявляются к оплате после полного завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения соответствующего этапа диспансеризации, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации. При проведении диспансеризации необходимо определение группы состояния здоровья. В случае отсутствия в реестре медицинской помощи (первый и второй этапы) группы состояния здоровья (исключением является состояние, кроме группы здоровья, указываемое при окончании прохождения первого этапа – «направлен на второй этап»), диспансеризация считается не завершённой и оплате не подлежит. Годом прохождения диспансеризации, включая диспансеризацию определённых групп взрослого населения, диспансеризацию 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, считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

2) Первый этап диспансеризации определённых групп взрослого населения считается завершённым в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врача-терапевта.

При наличии у гражданина документально подтвержденных результатов осмотров (консультаций) врачами-специалистами (фельдшером или акушеркой), исследований или

сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, такие результаты могут быть учтены при проведении диспансеризации. При этом осмотры (исследования) выполненные ранее и учитываемые при проведении диспансеризации, должны быть приложены к первичной медицинской документации (дубликаты).

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых в рамках первого этапа диспансеризации, не превышает 15% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках первого этапа диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема первого этапа диспансеризации, первый этап диспансеризации учитывается как завершённый и подлежит оплате по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап.

В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых в рамках первого этапа диспансеризации, превышает 15% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках первого этапа диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема первого этапа диспансеризации, первый этап диспансеризации учитывается как завершённый и подлежит оплате по тарифам посещений и диагностических медицинских услуг.

В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

Осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполненные ранее и предъявленные к оплате в предыдущих отчетных периодах, вносятся в медицинскую карту (дубликат результатов исследования) и в реестр медицинской помощи в случае оплаты первого этапа диспансеризации по тарифам посещений и диагностических медицинских услуг. При этом в реестре медицинской помощи для ранее выполненных и предъявленных к оплате услуг поле «PR_NOV» принимает значение «1» в соответствии с приказом ТФОМС Югры от 30.01.2015 № 43 «Об осуществлении информационного взаимодействия и персонифицированного учета сведений в системе обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры». Стоимость ранее выполненных и предъявленных к оплате услуг не включается в счет в текущем отчетном периоде и не предъявляется к оплате.

При первичном прохождении диспансеризации мужчинами в возрасте до 35 лет и женщинами в возрасте до 45 лет обязательной дополнительной процедурой является «Электрокардиография в покое». В реестре медицинской помощи сведения о первичном либо повторном прохождении диспансеризации вносятся в поле «DISP_PRIME» в соответствии с приказом ТФОМС Югры от 30.01.2015 № 43 «Об осуществлении информационного взаимодействия и персонифицированного учета сведений в системе обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры».

При прохождении диспансеризации мужчинами в возрасте 69 и 75 лет, когда-либо курившими в жизни, обязательной дополнительной процедурой является «УЗИ брюшной аорты» с целью исключения аневризмы. Процедура проводится однократно. В реестре медицинской помощи сведения о том, курил ли гражданин (мужчина) когда-либо в жизни, вносятся в поле «SMOKER» в соответствии с приказом ТФОМС Югры от 30.01.2015 № 43 «Об осуществлении информационного взаимодействия и персонифицированного учета сведений в системе обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры».

3) 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). Первый этап 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 (1 этап), оплачивается по тарифам диспансеризации (законченный случай 1 этапа диспансеризации) для соответствующей категории граждан.

4) 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, делающего медицинское заключение.

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

5) Случаи проведения медицинских осмотров включаются в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения медицинских осмотров, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по соответствующим тарифам.

6) Случай проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после полного 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 1 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 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

7) Случай проведения первого этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего при поступлении в образовательные учреждения в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров и исследований, выполненных в рамках проведения предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по тарифу предварительных медицинских осмотров

несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения (законченный случай 1 этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего) для соответствующей возрастной категории несовершеннолетних граждан. В случае отсутствия в реестрах, за проведение 1 этапа предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершенным и оплате не подлежит.

8) Случай проведения периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего при обучении в образовательных учреждениях в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров и исследований, выполненных в рамках проведения периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по тарифу периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при обучении в образовательных учреждениях (законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего) для соответствующего типа образовательного учреждения.

9) Случай проведения второго этапа профилактических и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних, профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе выездные профилактические медицинские осмотры, включаются в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров, обследования 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, делающего медицинское заключение. В случае отсутствия в реестрах за проведение 2 этапа профилактических и предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершенным и оплате не подлежит.

10) В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию или медицинские осмотры населения, 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.

11) Оплата фактически выполненных по договору объёмов 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 базовым тарифам посещений и тарифам диагностических услуг соответствующего уровня организации медицинской помощи.

12) Повторное предъявление к оплате услуг по диспансеризации или медицинскому осмотру гражданина одной и той же медицинской организацией в течение года не допускается. К оплате принимаются только услуги, оказанные гражданину впервые в текущем году и только в соответствии с регламентированными половозрастными характеристиками гражданина.

В случае повторного в течение года предъявления к оплате услуг по диспансеризации различными медицинскими организациями приоритет при оплате отдаётся той медицинской организации, к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи.

Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит случай диспансеризации, предъявленный к оплате раньше.

Часть 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (в дневных стационарах при поликлиниках, стационарах дневного пребывания при стационаре, стационарах на дому, в том числе прерванных случаев)

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов содержится в Приложении 2 к настоящему Соглашению.

1. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров, оплачиваемой по законченному случаю заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1. При отнесении случая оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара к определенной КСГ необходимо руководствоваться:

- Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев;

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии со справочником «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра», Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 № 1664н, и дополнительными критериями (файл «Расшифровка КСГ ДС» в формате MS Excel), направленных письмом ФОМС.

2. Основные классификационные критерии:

- a. Диагноз (код по МКБ 10);

- b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н (далее – Номенклатура), при наличии;

3. Дополнительные классификационные критерии:

- a. Возрастная категория пациента;

- b. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

- c. Пол;

- d. Длительность лечения.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее - Инструкция), приведена в Приложении 25.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение и затратоемкость группы, к которой был отнесен данный случай в соответствии с кодом Номенклатуры, меньше затратоемкости группы, к которой его можно было отнести в соответствии с кодом МКБ 10, оплата осуществляется по группе с наибольшим коэффициентом, за исключением КСГ 6 Искусственное прерывание беременности (аборт), для которой не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги А16.20.037 Искусственное прерывание беременности (аборт).

В один срок лечения может быть предъявлено к оплате не более одной клинико-статистической группы заболеваний.

При переводе из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) оплате подлежит только одна КСГ (по выбору медицинской организации).

Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (Скскг), определяется с учетом следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара;
 - коэффициент относительной затратоемкости;
 - поправочные коэффициенты:
 - управленческий коэффициент
 - коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи
 - коэффициент сложности лечения пациента
- по следующей формуле:

$$\text{Скскг} = \text{БСдс} * \text{КЗскг} * \text{ПК} * \text{Кдиф} \quad (5)$$

БС – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей;

КЗскг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

Кдиф – коэффициент дифференциации учитывает разницу районного коэффициента к заработной плате и процентную надбавку за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях в северных территориях автономного округа. К ним относятся медицинские организации, расположенные на территориях Березовского и Белоярского районов.

На территории Березовского и Белоярского районов районный коэффициент, применяемый при начислении заработной платы, составляет 1,9, северная надбавка 80%, в то время как на остальной территории автономного округа действует районный коэффициент 1,7 и северная надбавка 50%. Таким образом значение коэффициента дифференциации для МО расположенных на вышеуказанных территориях составляет «1,2», для других МО при расчетах равен «1».

БС – Базовая ставка определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ (ОС);
 - общего планового количества случаев лечения в условиях дневного стационара, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
 - среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ, учитывающего прогнозируемый рост средней сложности пролеченных пациентов (СПК);
- и рассчитывается по формуле:

$$БС = ОС / (Ч_{сл} \times СПК)$$

Базовая ставка на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания в условиях дневного стационара, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний (КСГ), приведена в Приложении 21 к настоящему Тарифному Соглашению.

КЗкcg – коэффициент относительной затратноёмкости по клинико- статистической группе к которой отнесен данный случай, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях дневного стационара.

Коэффициент относительной затратноёмкости определён для каждой КСГ и установлен в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации) и не может быть изменен при установлении тарифов.

Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратноёмкости в условиях дневного стационара, приведены в Приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

ПК - Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, по следующей формуле:

$$ПК = КУ_{кcg} \times КУ_{Сдс}, \text{ где:}$$

КУ_{кcg} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, устанавливается для конкретной КСГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент установлен с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организаций и рассчитан с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

Перечень КСГ для которых установлен управленческий коэффициент, приведен в Приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

КУ_{Сдс} - коэффициент уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается настоящим Тарифным соглашением, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций с учетом выделенных подуровней оказания медицинской помощи. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи (КУ_{Сдс}), учитывает этапность предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками её оказания, а также уровень оснащённости медицинской организации. Отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учётом тяжести состояния пациента,

наличия у него осложнений, проведения углублённых исследований, установлен для медицинских организаций в Приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в Приложении 23 в графе 3, отмечен знаком «+».

Особенности формирования и оплаты некоторых КСГ.

1) КСГ «Лучевая терапия уровень затрат 1» (КСГ 44), «Лучевая терапия уровень затрат 2» (КСГ 45), «Лучевая терапия уровень затрат 3» (КСГ 46) оплачиваются в полном объеме в случае достижения полной дозы облучения, рассчитанной в соответствии с локализацией и другими характеристиками опухоли;

2) за законченный случай лечения заболевания, включенного в КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» (КСГ 5) при проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) принимается процедура ЭКО, завершённая переносом эмбрионов в полость матки;

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» и КСГ 24 Вирусный гепатит С хронический на стадии цирроза печени, лекарственная терапия при инфицировании вирусом генотипа 1, 4) формируется по комбинации кода (двух кодов) МКБ 10 и кодов Номенклатуры. Коэффициент затратноёмкости для вышеуказанных групп приведен в расчете на усредненные затраты на 1 месяц терапии.

В случае пересечения сроков лечения в отделении дневного стационара со сроками лечения в круглосуточном стационаре в разных или одной и той же медицинской организации, а также сроков лечения в дневных стационарах разных медицинских организаций, оплачиваются оба случая, с обязательным проведением медико-экономических экспертиз случаев пересечения.

В дневных стационарах, учет фактического количества пациенто-дней осуществляется в следующем порядке:

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;
- при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;
- при переводе больного из круглосуточного стационара на долечивание в дневной стационар дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара (и наоборот);
- при переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар (либо, наоборот) в пределах одной медицинской организации, лечение оплачивается в рамках одного случая по КСГ с наибольшим размером оплаты;
- при переводе больного из круглосуточного стационара одной медицинской организации в дневной стационар другого юридического лица (и, наоборот, в случае возникновения необходимости круглосуточного наблюдения) оплата проводится по двум КСГ, с учётом длительности пребывания пациента на койке дневного и круглосуточного стационаров. По каждому случаю, оплаченному по стоимости полной КСГ. Учёт таких случаев проводится отдельно по каждому заболеванию.

Оплата сверхкоротких, в том числе прерванных случаев лечения, при которых **длительность** лечения составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 25 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10 или сложные (комплексные) услуги по медицинской реабилитации).

Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения.

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности лечения менее 3-х дней включительно указаны в Приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению, в графе 4 с указанием соответствующего знака – «100%», «80%», «25%».

2. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Медицинская реабилитация».

Лечение по профилю медицинская реабилитация производится в условиях дневного стационара. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по "Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)". При оценке по шкале Рэнкин 3 и менее, пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара.

Отнесение к КСГ, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры.

За законченный случай лечения, включенного в КСГ реабилитационного профиля (коды КСГ 111-118) предъявляется к оплате при условии выполнения основного объема лечебно-диагностических мероприятий, предусмотренных порядками, стандартами, протоколами и клиническими рекомендациями реабилитационной помощи и соответствующей длительности лечения.

3. Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту в условиях дневного стационара.

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

4. Порядок оплаты случаев лечения в условиях дневного стационара по профилю «Нефрология», особенности оплаты КСГ 41.

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

Законченный случай лечения в дневном стационаре по КСГ 41 «Лекарственная терапия у больных, 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 больных, получающих диализ» не допускается. В случае нахождения пациента в круглосуточном стационаре в период лечения в дневном стационаре по КСГ41 «Лекарственная терапия у больных, получающих диализ», законченный случай по КСГ 41 должен быть завершён датой госпитализации пациента в круглосуточный стационар или 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.

5. Особенности формирования реестров медицинской помощи:

5.1. Реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, заполняется на основании «Карты больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому, стационара дневного пребывания при стационаре)» форма № 003-2/у;

5.2. При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) - на основании:

- «Карты больного дневного стационара поликлиники (стационара на дому, стационара дневного пребывания при стационаре)» форма № 003-2/у с вкладываем в медицинскую карту больного при применении методов вспомогательных репродуктивных технологий (по форме, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 августа 2012 года № 107н - приложение №3);

- Направления для проведения процедуры ЭКО за счет средств ОМС (форма по приложению №1 к информационно-методическому письму Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2013 года № 15-4/10/2-1326);

5.3. Для целей персонифицированного учета медицинской помощи реестр счетов и счет на оплату медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах, представляется ежемесячно.

Для проверки достоверности представляемых реестров счетов в медицинской организации должно быть обеспечено централизованное хранение медицинских карт больных дневных стационаров, медицинских карт стационарных больных, проходящих лечение в медицинской организации, медицинской карты амбулаторного больного. При отсутствии вышеуказанных карт в медицинской организации, предъявленные к оплате суммы, считаются необоснованными.

Порядок направления застрахованных лиц из числа жителей на территории автономного округа на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Часть 3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях содержится в Приложении 2 к Соглашению.

1. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, установлены следующие способы оплаты:

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;

- случай лечения заболевания в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, входящих в программу ОМС;

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;

- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1. Основные классификационные критерии:

a. Диагноз (код по МКБ 10);

b. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 декабря 2011 г. № 1664н (далее – Номенклатура), при наличии;

2. Дополнительные классификационные критерии:

a. Возрастная категория пациента;

b. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ 10);

c. Пол;

d. Длительность лечения.

При наличии хирургических операций и (или) других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ 10 и Номенклатурой, а также инструкция по группировке случаев, включающая, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев (далее - Инструкция), приведена в Приложении 25 к Тарифному соглашению.

При наличии нескольких хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ, которая имеет наиболее высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев, предусмотренных Инструкцией, отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ 10.

При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры, осуществляется в соответствии с правилами, приведенными в Инструкции.

3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (Скск), определяется с учетом следующих экономических параметров:

- базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи;
- коэффициент относительной затратоемкости;
- поправочные коэффициенты:

управленческий коэффициент

коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи

коэффициент сложности лечения пациента

по следующей формуле:

$$\text{Скск} = \text{БС} * \text{КЗскг} * \text{ПК} * \text{Кдиф} \quad (5)$$

БС – базовая ставка финансирования стационарной медицинской помощи, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей;

КЗскг – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации (основной коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне);

ПК – поправочный коэффициент оплаты КСГ (интегрированный коэффициент, устанавливаемый на региональном уровне);

Кдиф – коэффициент дифференциации учитывает разницу районного коэффициента к заработной плате и процентную надбавку за стаж работы в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях в северных территориях автономного округа. К ним относятся медицинские организации, расположенные на территориях Березовского и Белоярского районов.

На территории Березовского и Белоярского районов районный коэффициент, применяемый при начислении заработной платы, составляет 1,9, северная надбавка 80%, в то время как на остальной территории автономного округа действует районный коэффициент 1,7 и северная надбавка 50%. Таким образом значение коэффициента дифференциации для МО расположенных на вышеуказанных территориях составляет «1,2», для других МО при расчетах равен «1».

БС – Базовая ставка определяется исходя из следующих параметров:

- объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и оплачиваемой по КСГ (ОС);
 - общего планового количества случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ (Чсл);
 - среднего поправочного коэффициента оплаты по КСГ, учитывающего прогнозируемый рост средней сложности пролеченных пациентов (СПК);
- и рассчитывается по формуле:

$$\text{БС} = \text{ОС} / (\text{Ч}_{\text{сл}} * \text{СПК})$$

Базовая ставка на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по законченному случаю заболевания в стационарных условиях, включенного в соответствующую клинко-статистическую группу заболеваний (КСГ), приведена в Приложении 22 к настоящему Тарифному Соглашению.

Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

КЗскг – коэффициент относительной затратоемкости по клинко- статистической группе к которой отнесен данный случай, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в стационарных условиях.

Коэффициент относительной затратоемкости определён для каждой КСГ и установлен в соответствии с «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» Министерством здравоохранения Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации) и не может быть изменен при установлении тарифов.

Перечень КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости в условиях стационара, приведены в Приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

ПК - Поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты, по следующей формуле:

$ПК = КУ_{КСГ} \times КУ_{Смо} \times КСЛП$, где:

$КУ_{КСГ}$ - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливается для конкретной КСГ и является единым для всех уровней оказания медицинской помощи.

Управленческий коэффициент установлен с целью коррекции рисков резкого изменения финансирования случаев, отнесенных к отдельным КСГ, пролеченных преимущественно в монопрофильных медицинских организаций и рассчитан с учетом фактических расходов на оказание медицинской помощи в рамках конкретной КСГ.

Перечень КСГ для которых установлен управленческий коэффициент, приведен в Приложении 19 к настоящему Тарифному соглашению.

$КУ_{Смо}$ - коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи в медицинской организации, в которой был пролечен пациент.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи устанавливается настоящим Тарифным соглашением, в разрезе трех уровней оказания медицинской помощи дифференцированно для медицинских организаций с учетом выделенных подуровней оказания медицинской помощи. Коэффициент уровня оказания стационарной медицинской помощи ($КУ_{Смо}$), учитывает этапность предоставления медицинской помощи в соответствии с порядками её оказания, а также уровень оснащённости медицинской организации. Отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учётом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углублённых исследований, установлен для медицинских организаций в Приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, приведен в Приложении 17 в графе 3, отмечен знаком «+».

$КСЛП$ - коэффициент сложности лечения пациентов, используется в расчетах, в случае если указанный коэффициент определен для данного случая. Учитывает более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

$КСЛП$ применяется в следующих случаях и размерах:

- лечения пациентов в возрасте 75 лет и старше на дату начала госпитализации, коэффициент - 1,1;

- случаи совместного нахождения одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя в стационарных условиях с ребенком до достижения возраста 4-х лет, коэффициент – 1,1;

- сверхдлительные сроки госпитализации, обусловленные медицинскими показаниями, коэффициент определяется расчетным путем по формуле 6.

При сверхдлительных сроках госпитализации (более 30 дней/45 дней по отдельным КСГ), обусловленных медицинскими показаниями, оплата производится с применением коэффициента, учитывающего компенсацию расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении, на питание больного.

Значение КСЛП определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней по следующей формуле:

$$\text{КСЛП} = 1 + (\text{ФКД} - \text{НКД}) / \text{НКД} * \text{Кдл} \quad (6)$$

ФКД – фактическое количество койко-дней;

НКД – нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, перечисленных в Приложении КСГ более 45 настоящего Тарифного Соглашения, для которых установлен срок 45 дней);

Кдл – коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов. Кдл установлен в размере - 0,25.

При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, суммарное значение КСЛП определяется по следующей формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1) \quad (7)$$

Значение КСЛП по одному законченному случаю лечения суммарно не может превышать уровень 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации.

В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется без ограничения итогового значения.

Оплата сверхкоротких, в том числе прерванных случаев лечения, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 50 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10 или сложные (комплексные) услуги по медицинской реабилитации).

Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения.

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности госпитализации менее 3-х дней включительно указаны в Приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению, в графе 4 с указанием соответствующего знака – «100%», «80%», «50%».

Законченным случаем лечения заболевания по КСГ «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях» (КСГ №№ 31, 32, 33, 136, 137, 138, 139, 140) является курс химиотерапевтического лечения, выполненного в период одной госпитализации.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара или круглосуточного стационара в дневной стационар, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с настоящим Тарифным соглашением. При этом если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Случаи родоводной госпитализации в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением, которые оплачиваются по двум КСГ, при условии пребывания пациентки в

отделении патологии беременности не менее 6 дней (с даты госпитализации до даты родоразрешения).

При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ 10 либо по коду Номенклатуры, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

После оказания в медицинской организации высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ 10.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в Программе в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего, в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи (далее - Перечень). В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

Указанные случаи применения двух и более тарифов (КСГ, ВМП) в период одной госпитализации подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

При оказании пациенту с «Хронической почечной недостаточностью» медицинской помощи в условиях стационара с одновременным проведением процедур диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа по тарифам Приложение 26, к настоящему Тарифному соглашению.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

Лечение по профилю «Медицинская реабилитация» производится в условиях круглосуточного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях санаторно-курортных организаций). Критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по «Модифицированной шкале Рэнкин (mRS)». При оценке по шкале Рэнкин 3-4-5 пациент получает реабилитацию в условиях круглосуточного реабилитационного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

При оценке 3 и менее пациент получает реабилитационную помощь в условиях дневного стационара (в т.ч. в реабилитационных отделениях поликлиник и санаторно-курортных организаций).

При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

В случае лечения, начавшегося и закончившегося в один и тот же день, фактическая длительность госпитализации учитывается как 1 день.

Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения врача, соответствующей специальности и/или по тарифам медицинских услуг.

Часть 4. Способы оплаты скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)

Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций оплата в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и по отдельным тарифам определён Приложением 3 к Тарифному Соглашению. Медицинские организации обязаны вести раздельный учет вызовов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам (финансовое обеспечение, на которых предусмотрено в рамках базовой программы ОМС).

Оплата скорой медицинской помощи (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется:

- лицам, застрахованным в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре по тарифам подушевого финансирования скорой медицинской помощи (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) с учётом численности и половозрастной структуры населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в сочетании с оплатой за медицинские услуги, стоимость которых не включена в подушевой норматив (внутривенное введение тромболитических препаратов),

- лицам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа - Югры по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи в сочетании с оплатой за медицинские услуги, стоимость которых не включена в тариф вызова (внутривенное введение тромболитических препаратов).

Оплата скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования осуществляется согласно Приложению 15 к Тарифному соглашению.

Часть 5. Оплата скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях.

Включение в реестр медицинской помощи случаев оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в амбулаторных условиях врачом, имеющим сертификат по специальности «скорая медицинская помощь», производится по тарифам «Посещение терапевта (участковый, врач общей практики, прочие врачи терапевтического профиля, не перечисленные в других разделах)» или «Посещение педиатра (участковый, прочие врачи терапевтического профиля, не перечисленные в других разделах)». Включение в реестр медицинской помощи случаев оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в амбулаторных условиях средним медицинским работником, имеющим сертификат по специальности «скорая и неотложная помощь», производится по тарифу «Посещение фельдшера (акушера)».

Часть 6. Способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, за счёт средств обязательного медицинского страхования, осуществляется по факту завершения случая медицинской помощи (законченный случай) по тарифам в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленным базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации (Приложение 14).

Расчёт норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках

территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь, осуществляется по формуле:

$$НЗ_{\text{ф}} = НЗ_{\text{птг}} * (K_{\text{диф}} * \partial + (1 - \partial + 0,28)), \quad \text{где:}$$

$НЗ_{\text{ф}}$ - фактический норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования;

$НЗ_{\text{птг}}$ - норматив финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

$K_{\text{диф}}$ - коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 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 полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»;

∂ - доля норматива финансовых затрат на единицу объёма предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования, установленного Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ($НЗ_{\text{птг}}$), к которой применяется коэффициент дифференциации.

0,28 – 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.

Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС являются едиными для медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счёт средств обязательного медицинского страхования, которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования определены объёмы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующее им финансовое обеспечение.

Отнесение случая лечения к коду услуги ВМП осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, вида лечения и метода лечения, определёнными разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» приложения к

Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

Раздел III. «Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи»

Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования

1) Тарифы устанавливаются исходя из объёма бюджетных ассигнований на реализацию ТП ОМС, установленного законом о бюджете ТФОМС ХМАО – Югры.

2) Тарифы на оплату медицинской помощи являются контролируруемыми, подлежащими регулированию через Тарифное соглашение и едиными для всех медицинских организаций участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования на территории автономного округа.

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

4) Тарифы возмещают затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТП ОМС (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счёт средств ОМС).

5) Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счёт средств обязательного медицинского страхования) по следующим видам расходов:

	Расходы МО в соответствии с ТП ОМС	Статья	Подстатья	Вид расходов МО
1	2	3	4	5
1.	Расходы на заработную плату	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	211 «заработная плата»	Расходы на заработную плату, осуществляемые на основе договоров с работниками медицинской организации (оказывающих медицинскую помощь по территориальной программе обязательного медицинского страхования, административно-управленческий персонал, хозяйственно-обслуживающий и вспомогательный персонал), а так же расходы на денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сёстрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сёстрам врачей общей практики (семейных врачей), врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в соответствии с коллективными договорами и иными локальными нормативными актами, регулирующими оплату труда работников

				<p>медицинских организаций Ханты-Мансийского автономного округа-Югры, заработная плата медицинских работников со средним медицинским образованием, ведущих самостоятельный прием, врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием в медицинских кабинетах и здравпунктах образовательных учреждений.</p> <p>Для федеральных и ведомственных медицинских организаций, выполняющих Программу ОМС, расходы на оплату труда определяются с учётом особенностей, установленных нормативными правовыми актами Российской Федерации и нормативными правовыми актами соответствующих министерств и ведомств.</p>
2.	Расходы на начисления на оплату труда	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	213 «начисления на выплаты по оплате труда»	<p>Расходы медицинской организации, связанные с начислениями на выплаты по оплате труда в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», а так же страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.</p>
3.	Расходы на прочие выплаты	210 «оплата труда и начисления на оплату труда»	212 «прочие выплаты»	<p>Расходы на единовременное пособие при перезаключении трудового договора; Возмещение работникам (сотрудникам) расходов, связанных со служебными командировками:</p> <ul style="list-style-type: none"> - по проезду к месту служебной командировки и обратно к месту постоянной работы транспортом общего пользования, соответственно, к станции, пристани, аэропорту и от станции, пристани, аэропорта, если они находятся за чертой населенного пункта, при наличии документов (билетов), подтверждающих эти расходы; - по найму жилых помещений; - по дополнительным расходам, связанным с проживанием вне места постоянного жительства (суточные); - по иным расходам, произведенным работником в служебной командировке с разрешения или ведома работодателя в соответствии с коллективным договором или локальным актом работодателя. <p>ежемесячные компенсационные выплаты сотрудникам (работникам), находящимся в отпуске по уходу за ребёнком до достижения им возраста 3 лет;</p> <p>другие расходы по оплате работодателем в пользу работников дополнительных выплат и компенсаций, не относящихся к заработной плате, обусловленных условиями трудовых отношений.*</p> <p>В указанные расходы не включают расходы зарубежных командировок.</p>

				Расходы из средств ОМС не производятся на компенсационные выплаты, которые в соответствии с законодательством должны выплачиваться за счёт, соответственно, бюджетных ассигнований федерального бюджета, бюджетных ассигнований бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов.
4.	Расходы на оплату услуг связи	220 «оплата работ, услуг»	221 «услуги связи»	Расходы медицинской организации на оплату услуг связи: – по договорам на оказание услуг связи в целях обеспечения собственных нужд медицинской организации; по договорам на оказание услуг сотовой связи на основании утверждённого руководителем медицинской организации перечня должностей работников, которым в силу исполняемых ими обязанностей необходимо для выполнения ТП ОМС использование сотовой связи в пределах лимита, утверждённого руководителем медицинской организации.**
5.	Расходы на оплату транспортных услуг	220 «оплата работ, услуг»	222 «транспортные услуги»	Расходы медицинской организации на приобретение транспортных услуг, необходимых медицинской организации, по договорам на оказание транспортных услуг (за исключением расходов, произведённых с целью обеспечения оказания медицинской помощи, не включенной в ТПОМС), расходы по оплате договоров гражданско-правового характера по оказанию услуг по проезду к месту служебной командировки и обратно к месту постоянной работы транспортом общего пользования; другие аналогичные расходы. В указанные расходы не включают расходы заграничных командировок.
6.	Расходы на оплату коммунальных услуг	220 «оплата работ, услуг»	223 «оплата работ, услуг»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на оказание коммунальных услуг, необходимых медицинской организации.***
7.	Расходы на арендную плату за пользование имуществом	220 «оплата работ, услуг»	224 «арендная плата за пользование имуществом»	Расходы медицинской организации по оплате аренды имущества в целях непосредственного обеспечения деятельности учреждения, в том числе по оплате арендной платы автомобилей, в соответствии с договорами аренды (субаренды, имущественного найма, проката), за исключением расходов, произведённых с целью обеспечения оказания медицинской помощи, не включенной в ТПОМС.***
8.	Расходы на оплату работ и услуг по содержанию имущества	220 «оплата работ, услуг»	225 «работы, услуги по содержанию имущества»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с содержанием (обслуживанием), ремонтом нефинансовых активов, в том числе ремонтом и техническим обслуживанием транспортных средств, находящихся в собственности, оперативном управлении или аренде медицинской организации, в целях обеспечения собственных нужд медицинской организации. Расходы на капитальный ремонт, строительство и проектно-сметную документацию для его проведения не

				<p>включаются в тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. ***</p> <p>За счет ОМС не оплачиваются расходы по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с:</p> <ul style="list-style-type: none"> – капитальным ремонтом нефинансовых активов; – проведением пусконаладочных работ (кроме пусконаладочных работ оборудования, требующего монтажа, стоимостью до ста тысяч рублей за единицу); проведением реставрации памятников истории и культуры.
9.	Прочие работы и услуги	220 «оплата работ, услуг»	226 «прочие работы, услуги»	<p>Расходы медицинской организации на оплату услуг (работ):</p> <ul style="list-style-type: none"> – при проведении лабораторных и инструментальных исследований, производимых другими организациями (индивидуальными предпринимателями), в случае отсутствия возможности проведения указанных исследований собственными силами медицинской организации; – по обеспечению застрахованных лиц лечебным питанием при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара при стационаре и дневного стационара при поликлинике, предприятиями общественного питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации); – по страхованию имущества, гражданской ответственности; – в области информационных технологий; – монтажные работы (охранная, пожарная сигнализация, локально-вычислительная сеть, система видеонаблюдения, контроля доступа и иных аналогичных систем, в т.ч. обустройство «тревожной кнопки», а также работы по модернизации указанных систем (за исключением стоимости основных средств, необходимых для проведения модернизации и поставляемых исполнителем, расходы на оплату которых следует отражать по статье КОСГУ 310 «Увеличение стоимости основных средств»); – по периодической проверке (в т.ч. аттестация) объекта информатизации (АРМ) на ПЭВМ на соответствие специальным требованиям и рекомендациям по защите информации, составляющей государственную тайну, от утечки по техническим каналам; специальная оценка рабочих мест. – типографии (переплётные работы; ксерокопирование); – по медицинскому осмотру, освидетельствованию и проведению лабораторных и инструментальных исследований работников медицинской организации, при отсутствии в ней лабораторий и диагностического

				<p>оборудования; иные работы и услуги (приобретение (изготовление) бланков строгой отчетности; услуги по предоставлению выписок из государственных реестров; услуги по охране, приобретаемые на основании договоров гражданско-правового характера с физическими и юридическими лицами, (ведомственная, вневедомственная, пожарная и другая охрана), подписка на периодические и справочные издания, расходы по оплате договоров гражданско-правового характера на оказание услуг по проживанию в жилых помещениях (найм жилого помещения) на период соревнований, учебной практики, направления работников (сотрудников) в служебные командировки, за исключением заграничных командировок, услуги и работы по утилизации, захоронению отходов, нотариальные услуги (взимание нотариального тарифа за совершение нотариальных действий), за исключением случаев, когда за совершение нотариальных действий предусмотрено взимание государственной пошлины, услуги по обучению на курсах повышения квалификации, подготовки и переподготовки специалистов, услуги по изготовлению объектов нефинансовых активов из материалов заказчика); – другие аналогичные расходы. За счёт средств ОМС не оплачиваются расходы: – по проведению научно-исследовательских, опытно-конструкторских, опытно-технологических, проектных и изыскательских работ; – разработка проектной и сметной документации для строительства, реконструкции и капитального ремонта объектов нефинансовых активов; – пусконаладочные работы по наладке оборудования стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу; монтажные работы по оборудованию, требующему монтажа, стоимостью свыше ста тысяч рублей за единицу.</p>
10.	Расходы на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации	260 «социальное обеспечение»	262 «пособия по социальной помощи населению»	<i>Расходы медицинской организации на выплаты в случаях, установленных законодательством Российской Федерации, выходных пособий работникам, участвующим в выполнении ТП ОМС.</i>
11.	Расходы на социальное обеспечение работников медицинских	260 «социальное обеспечение»	263 «пенсии, пособия, выплачиваемые организациями	<i>Расходы по социальному обеспечению категорий граждан, ранее занимавших должности в соответствии с законодательством Российской Федерации, либо выплаты за особые заслуги перед</i>

	организаций, установленное законодательством Российской Федерации		сектора государственного управления»	<i>Российской Федерацией, кроме выплат по пенсионному, медицинскому и социальному страхованию.</i>
12.	Прочие расходы	290 «прочие расходы»		<p>Прочие расходы, отнесённые к статье 290 «прочие расходы», в том числе расходы медицинской организации на уплату налогов и сборов в бюджеты всех уровней Российской Федерации.</p> <p>Расходы медицинской организации на уплату государственных пошлин и сборов в случаях, установленных законодательством Российской Федерации (в том числе расходы медицинской организации, связанные с получением медицинской организацией лицензий для выполнения ТП ОМС).</p> <p>Расходы медицинской организации на возмещение вреда, причиненного незаконными действиями (бездействием) самой медицинской организации (его работниками), застрахованным лицам. Возмещение морального вреда застрахованным лицам по решению судебных органов.</p> <p>Расходы медицинской организации на уплату штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных Приложением 28 к настоящему Тарифному соглашению.</p> <p>На оплату «иных расходов», отнесённых к статье 290 «прочие расходы» в соответствии с действующей классификацией операций сектора государственного управления**, кроме возмещения истцам судебных издержек на основании вступивших в законную силу судебных актов.</p>
13.	Расходы на приобретение основных средств	300 «поступление нефинансовых активов»	310 «увеличение стоимости основных средств»	<p>Расходы медицинской организации по оплате договоров (контрактов) на приобретение необходимого медицинского инструментария, относящегося к основным средствам в соответствии с Общероссийским классификатором основных фондов.</p> <p>Расходы по оплате контрактов, договоров на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу в соответствии с Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 01 января 2002 г. №1, и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94, утверждённым постановлением Госстандарта Российской Федерации от 26 декабря 1994 г. № 359.</p>

14.	Расходы на приобретение медикаментов, перевязочных средств и прочих лечебных расходов	300 «поступление нефинансовых активов»	341 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на приобретение медикаментов, перевязочных средств, лекарственных средств, химических реактивов, дезинфицирующих средств и прочих лечебных расходов.
15.	Расходы на приобретение продуктов питания	300 «поступление нефинансовых активов»	342 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на приобретение продуктов питания для обеспечения необходимым лечебным питанием застрахованных лиц при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара при стационаре и дневного стационара при поликлинике, в пределах норм, утверждённых в установленном порядке. Расходы на приобретение молока или других равноценных пищевых продуктов, которые могут выдаваться работникам вместо молока, для работников, занятых на работах с вредными условиями труда.
16.	Расходы на приобретение мягкого инвентаря	300 «поступление нефинансовых активов»	343 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров (контрактов) на приобретение и/или изготовление мягкого инвентаря и обмундирования в пределах норм, утверждённых в установленном порядке
17.	Расходы на приобретение прочих материальных запасов	300 «поступление нефинансовых активов»	344 «увеличение стоимости материальных запасов»	Расходы медицинской организации по оплате договоров на приобретение: <ul style="list-style-type: none"> – горюче-смазочных материалов, включая специальное топливо (использование горюче-смазочных материалов осуществляется в пределах рекомендованных норм расхода, утверждённых в установленном порядке); – всех видов котельно-печного топлива; – строительных материалов, используемых для текущего ремонта; – кухонного инвентаря; – хозяйственных материалов; – канцелярских принадлежностей; – приобретение бланочной продукции (за исключением бланков строгой отчетности); – запасных частей и (или) составных частей для машин и оборудования без ограничения их стоимости. – другие аналогичные расходы. За счёт средств ОМС не оплачивается: <ul style="list-style-type: none"> – приобретение материальных запасов (строительных материалов и других расходных материалов, запасных и (или) составных частей для проведения капитального ремонта, строительства и реконструкции объектов нефинансовых активов); приобретение материальных запасов для научно-исследовательских работ.

* Порядок, условия и форма оплаты труда, прочих выплат устанавливается коллективными договорами, соглашениями, локальными и нормативными актами, принятыми в соответствии с федеральными законами и иными нормативными актами Российской Федерации, законами и нормативными правовыми актами Ханты-Мансийского автономного

округа – Югры.

****** распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится по месту возникновения затрат, либо пропорционально объёму средств, полученных от оказания медицинской помощи из соответствующих источников, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности.

******* распределение затрат по различным источникам финансирования (ОМС, бюджет, др.) производится по месту возникновения затрат, либо пропорционально объёму средств, полученных от оказания медицинской помощи из соответствующих источников, а также поступлений от иной приносящей доход деятельности, либо по занимаемым площадям.

При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утверждёнными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01 июля 2013 года № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утверждённой постановлением Правительства Российской Федерации от 1 января 2002 года № 1 и Общероссийским классификатором основных фондов ОК 013-94.

Затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги) осуществляются пропорционально объёму оказанной медицинской помощи в рамках ТП ОМС в разрезе источников доходов медицинской организации (средства обязательного медицинского страхования, средства бюджета, средства от предпринимательской и иной приносящей доход деятельности).

Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат определен приложением 5 к настоящему Тарифному соглашению.

б) Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории автономного округа, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС.

7) В соответствии с пунктом 9 статьи 39 Федерального закона расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Тарифным соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе:

- направление средств ОМС на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также по медицинской помощи, финансирование которой предусмотрено из других источников;
- направление средств ОМС на возмещение расходов по медицинским услугам, не предусмотренным лицензией медицинской организации,
- направление средств ОМС на возмещение расходов, подлежащих оплате из средств бюджетов соответствующих уровней;
- направление средств ОМС на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на медицинские услуги в системе ОМС;
- направление средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора между СМО и медицинской организацией;
- необоснованное получение медицинскими организациями средств обязательного медицинского страхования;
- оплата собственных обязательств медицинских организаций, не связанных с деятельностью по обязательному медицинскому страхованию;
- расходование средств обязательного медицинского страхования на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

При установлении ТФОМС Югры фактов нецелевого расходования средств ОМС медицинской организацией, медицинская организация в соответствии с требованием ТФОМС Югры обязана восстановить эти средства в рамках действующего законодательства.

8) Медицинские организации обязаны:

– вести отдельный учёт по операциям со средствами обязательного медицинского страхования (медицинские организации частной формы собственности обязаны открывать отдельный расчетный счет для учета средств обязательного медицинского страхования):

– вести отдельный учёт медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях (посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определённых групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, неотложной медицинской помощи, а также посещений и обращений по поводу заболеваний), стационарных условиях, в условиях дневного стационара и скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации, вызовов специализированных выездных бригад, врачебных общепрофильных выездных бригад, фельдшерских общепрофильных выездных бригад, социально-значимых);

– не допускать образования просроченной кредиторской задолженности (постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 14.01.2011 № 1-п);

– формировать средства на расходы, носящие непостоянный характер (проведение текущего ремонта, приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу, расходы на летний отпускной период работников).

Часть 2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1) Возмещение расходов медицинской организации на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, осуществляется по следующим группам тарифов:

– по тарифам подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования);

– по тарифам посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях;

– по тарифам посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– по тарифам диагностических медицинских услуг при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/ восстановительной медицине при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;

– по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

– по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап;

– по тарифам проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап;

– по тарифам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего);

– по тарифам предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения (законченный случай I этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего);

– по тарифам периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при обучении в образовательных учреждениях (законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего);

– по тарифам проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап.

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 – 9 092,80 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет – 408,15 рублей в месяц.

2) Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи), оказанной в медицинской организации, производится страховыми медицинскими организациями по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях прикрепленному застрахованному населению.

3) Расчёт численности прикрепленного застрахованного населения автономного округа, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций осуществляется на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных передаваемых медицинской организацией в соответствии с Порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (определённым частью 1 раздела V настоящего Тарифного соглашения).

4) На основе численности прикрепленного застрахованного населения, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, ТФОМС Югры рассчитывается величина подушевого норматива на осуществление деятельности медицинской организации в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина автономного округа в месяц для медицинской организации.

5) Тарифы подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, формируются ежемесячно и выносятся на утверждение комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

6) Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях определена приложением 6 к настоящему Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, оказанной в амбулаторных условиях, в подушевой норматив финансирования не включается оплата I этапа диспансеризации.

7) Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях, установлены приложением 7 к настоящему Тарифному соглашению.

8) Тарифы проведения I этапа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, периодических медицинских осмотров несовершеннолетних, предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних дифференцированы по полу и возрасту и установлены приложениями 8-13 к настоящему Тарифному соглашению.

9) Группы тарифов, перечисленные в пункте 1 части 2 раздела III настоящего Тарифного соглашения (за исключением тарифов амбулаторного подушевого норматива финансирования) применяются:

– для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

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

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

– для формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь прикрепленным застрахованным лицам при подушном способе финансирования медицинской организации.

10) В тариф посещения включена средняя расчётная стоимость осмотра (консультации) врачом-специалистом или осмотра фельдшером (акушером), врачебных манипуляций (операций), медицинских услуг, оказанных средним медицинским работником, в том числе в процедурных и перевязочных кабинетах и на дому, оформления направлений для выполнения (назначения) лабораторных и других методов исследования, выписки рецептов, оформления санаторно-курортных карт, справок для получения санаторно-курортных путевок.

11) В тариф посещения Центра здоровья включена средняя расчётная стоимость комплекса медицинских услуг, установленного нормативно-правовым актом федерального органа исполнительной власти в сфере здравоохранения.

12) В тарифы диагностических медицинских услуг и медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине включена средняя расчётная стоимость медицинских услуг, соответствующих наименованию тарифа.

13) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушного норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях отражены в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

– в дневных стационарах составляет – 1 698,20 руб.

– в стационарах составляет - 11 049,0 руб.

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

– в дневных стационарах составляет – 18 739,27 руб.

– в стационарах составляет – 49 873,42руб.

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 затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (Приложения 16 - 17 к настоящему Тарифному соглашению) по тарифам на оплату законченных случаев лечения заболеваний в стационарных условиях с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в Приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению.

2) В тариф КСГ для стационара включены расходы на оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах в отделениях экстренной медицинской помощи (скорой медицинской помощи) до момента госпитализации в стационар по профилю оказания медицинской помощи по основному заболеванию.

3) В тариф КСГ для стационара (возрастная категория – дети) включены расходы МО на содержание одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя при совместном нахождении с ребёнком до 4-х лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях, с ребенком старше 4 лет - при наличии медицинских показаний.

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

5) Тариф КСГ для стационара и дневного стационара зависит от методов лечения:

– при оказании медицинской помощи пациенту с хирургическим вмешательством, оплата осуществляется по тарифу КСГ, предусматривающей применение оперативных методов лечения;

– при оказании медицинской помощи пациенту без хирургического вмешательства, оплата осуществляется по тарифу КСГ, предусматривающей консервативные методы лечения.

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

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

1) 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 – 1 520, 65 руб (в год).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 126,02 рублей в месяц.

2) Возмещение расходов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по следующим группам тарифов:

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

– по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

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

3) Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена Приложением 15 к настоящему Тарифному соглашению.

4) Тарифы подушевого финансирования скорой медицинской помощи формируются ежемесячно ТФОМС Югры исходя из объёма финансирования медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанного на одну единицу обслуживаемого медицинской организацией населения. Тарифы подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, выносятся на утверждение комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4) Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры установлены Приложением 27 к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

5) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в Приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел IV. Размер неоплаты и не полной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а так же уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1) ТФОМС Югры и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 и пунктом 2 части 3 статьи 310 Федерального закона осуществляют контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования.

2) Порядок Контроля и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) за нарушения, выявленные ТФОМС Югры или СМО при проведении контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования, установлены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3) Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также для уплаты штрафов, определены Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа (Приложение 28 к настоящему Тарифному соглашению).

Раздел V. «Заключительные положения»

Часть 1. Порядок взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории ХМАО – Югры

1) Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации, осуществляют прикрепление застрахованных лиц, руководствуясь порядком, утверждённым Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

2) Прикреплению подлежат лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию на территории автономного округа.

3) Прикрепление осуществляется в заявительном порядке на основе волеизъявления застрахованного лица, при предъявлении полиса ОМС и документа, удостоверяющего личность в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждённым Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №406н.

4) Заявление о прикреплении к медицинской организации подается по рекомендуемой форме (Приложение 29 к настоящему Тарифному соглашению) на имя руководителя медицинской организации.

Заявления о прикреплении к медицинской организации хранятся в медицинской организации не менее 5 лет с момента его подачи.

5) Информация о прикреплении застрахованного лица вносится в регистр прикрепленных лиц в соответствии с Положением об информационном взаимодействии.

6) В случаях внесения в регистр прикрепленных лиц недействительной информации, а равно внесение ее в нарушение действующих нормативно-правовых актов, ТФОМС Югры вправе вносить в регистр соответствующую корректировку.

Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчётов участников обязательного медицинского страхования между ТФОМС, СМО и МО

1) ТФОМС Югры в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, определёнными Федеральным фондом ОМС, порядком ведения персонифицированного учёта в сфере ОМС, установленным Минздравсоцразвития России, организует информационное взаимодействие участников обязательного медицинского страхования.

2) Вся информация о застрахованных и прикрепленных лицах, оказанной медицинской помощи, результатах проведенного контроля объёма, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и оплаченных счетах передается в едином формате данных, в сроки и в порядке, установленные настоящим Тарифным соглашением.

3) Медицинская организация (МО):

- Ведёт персонифицированный учёт сведений об оказанной медицинской помощи.

- Ведёт персонифицированный учёт сведений о прикреплении граждан к МО.

- Ведет персонифицированный учет сведения о прикреплении граждан к медицинскому работнику, выбранном застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи.

- Формирует реестр медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС, в том числе помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

- При идентификации граждан и формировании реестра медицинской помощи руководствуется региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц и полисом ОМС.

- В течение 1,2,3-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС Югры для проведения ФЛК реестр всей оказанной за отчетный период медицинской помощи.

- В срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет в СМО счёт на оплату медицинской помощи, сформированный в соответствии с правилами формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС (Приложение 30 к настоящему Тарифному соглашению).

- При наличии отклоненных от оплаты случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклоненные ранее от оплаты реестры медицинской помощи в сроки, установленные настоящим Тарифным соглашением, в следующем отчетном периоде.

- При наличии отклоненных от оплаты счетов, случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по причине превышения фактических объёмов предоставления или объёмов финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, за исключением СМП (АПП, стационар, дневной стационар) и по единицам объёма предоставления амбулаторной медицинской помощи (посещение с

профилактической целью, посещение при оказании неотложной помощи, обращение по поводу заболевания) над плановыми объёмами предоставления или объёмами финансирования медицинской помощи, определёнными Комиссией на год (по основанию, предусмотренному пунктом Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) – «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объёма предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы»), в целях оплаты объёма оказанной медицинской помощи медицинской организации необходимо предоставить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклоненные ранее от оплаты случаи в реестре медицинской помощи, в пределах планового объёма финансирования на год, установленного решением Комиссии в сроки, установленные настоящим Тарифным соглашением, в следующем отчетном периоде.

– При наличии случаев оказания медицинской помощи за периоды, предшествующие очередному периоду оплаты и не оплаченные ранее, медицинская организация вправе представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК такие случаи в реестре медицинской помощи в сроки, установленные настоящим Тарифным соглашением, в очередном отчетном периоде по утверждённым в установленном порядке тарифам, действующим на дату окончания случая оказания медицинской помощи, уведомив об этом ТФОМС Югры письменно. При этом случаи медицинской помощи не могут быть завершены ранее 1 января текущего года, фактические объёмы предоставления или объёмы финансирования медицинской помощи (сумма оплаченных счетов и реестров за оказанную медицинскую помощь по ОМС) не должны превышать плановые объёмы предоставления или объёмы финансирования медицинской помощи, определённые Комиссией на текущий год для конкретной медицинской организации.

4) Страховая медицинская организация (СМО):

– Ведёт персонифицированный учёт сведений о застрахованных лицах, оказанной им медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Обеспечивает соответствие персонифицированной информации об оплаченной медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, данным бухгалтерского учёта.

– При проведении МЭК реестра медицинской помощи осуществляет контроль объёмов предоставления и объёмов финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, в соответствии с решением Комиссии, согласно приложениям к протоколу заседаний Комиссии, в установленном указанными приложениями разрезе за исключением объёмов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств, установленных для межтерриториальных расчетов за помощь, оказанную медицинскими организациями за пределами Ханты-Мансийского автономного округа - Югра, застрахованным лицам Ханты-Мансийского автономного округа – Югра. В случае превышения фактических объёмов предоставления или объёмов финансирования медицинской помощи над плановыми объёмами предоставления или объёмами финансирования медицинской помощи, определёнными Комиссией на год для конкретной медицинской организации, СМО производит удержание стоимости оказанной медицинской помощи, начиная со случаев оказания медицинской помощи неприкреплённому населению с более поздней датой окончания лечения по основанию, предусмотренному пунктом Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) – «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объёма предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы». Превышение устанавливается после учёта результатов всех видов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, проведенного как за отчетный, так и за предыдущие периоды, в том числе за предыдущие кварталы. Для установления превышения суммарные фактические объёмы предоставления и объёмы финансирования медицинской помощи с начала года сравниваются с суммарными плановыми объёмами предоставления и объёмами финансирования медицинской помощи с начала года. Удержание осуществляется со счёта за текущий отчетный период.

– Не позднее 3-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем оплаты медицинской помощи за отчетный период, направляет в ТФОМС Югры информацию об оплаченных случаях медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи и оплаченных счетах. Информация предоставляется в виде электронных файлов в едином формате данных и подтверждается отчетом «Отчет о результатах финансовых расчётов за оказанную медицинскую помощь» по форме Приложения 31 к настоящему Тарифному соглашению. Суммы предъявленных МО счетов, суммы неоплаты (уменьшения оплаты) и суммы штрафов за нарушения (дефекты), выявленные при проведении СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, в реестре оказанной медицинской помощи и в отчете должны совпадать.

– Не позднее 3-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем оплаты медицинской помощи за отчетный период, направляет в медицинские организации информацию об оплаченных случаях медицинской помощи, результатах контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи и оплаченных счетах. Информация предоставляется в виде электронных файлов в едином формате данных. Информация о суммах предъявленных счетов, суммах неоплаты (уменьшения оплаты) и суммах штрафов за нарушения (дефекты), выявленные при проведении СМО контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в конкретной МО, направленная в ТФОМС Югры, должна совпадать с соответствующей информацией, направленной в МО.»

5) ТФОМС Югры:

– Ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных по ОМС лиц, содержащий, в том числе, информацию о прикреплении граждан к МО, и предоставляет возможность защищенного доступа СМО и МО к регистру застрахованных лиц в режиме реального времени.

– В течение 1,2,3-го рабочих дней каждого месяца проводит ФЛК файлов-реестров медицинской помощи, представленных МО. При проведении ФЛК файлов-реестров медицинской помощи принимает решение о возможности приема случаев оказания медицинской помощи за периоды, предшествующие очередному периоду оплаты и не оплаченные ранее, представленные медицинской организацией для проведения ФЛК в реестре медицинской помощи в очередном отчетном периоде по утверждённым в установленном порядке тарифам, действующим на дату окончания случая оказания медицинской помощи, при условии направления в ТФОМС Югры письменного уведомления о включении в реестр таких случаев оказания медицинской помощи, определяет группу КСГ и ее стоимость с учетом коэффициентов. В течение двух рабочих дней, после завершения ФЛК, размещает на информационном портале ТФОМС Югры результаты ФЛК.

– Проводит ФЛК файлов-реестров результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО. В течение одного рабочего дня, после завершения ФЛК, размещает на информационном портале ТФОМС Югры результаты ФЛК в виде протокола (Приложение 32 к настоящему Тарифному соглашению). ТФОМС формирует Протокол приёма данных от СМО в целях учёта результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО. Формирование протокола происходит в соответствии с принятыми от СМО данными по форме Таблицы 1 Приложения 32 к настоящему Тарифному соглашению, с нарастающим итогом, с начала года за текущий отчетный год и за последний предыдущий, с периодичностью один месяц.

Для детализирования протокола, на закрытом портале ТФОМС Югры, размещается в электронном виде отчет об оплате счетов (Таблица 2 к Приложению 32).

На преодоления разногласий, по переданным данным, между ТФОМС Югры и СМО, при подписании протокола, отводится три рабочих дня.

– Организует контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной в МО лицам, застрахованным за пределами автономного округа. Выполняет функции страховщика при экспертизе счетов и реестров за оказанную медицинскую помощь данной категории граждан.

Часть 3. Срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов

1) Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2017 года, действует до 31 декабря 2017 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2017 года, в том числе начатые ранее.

2) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2017 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

3) Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению участников системы обязательного медицинского страхования. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

4) Участники системы обязательного медицинского страхования принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

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

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

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

8) Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Часть 4. Процедура признания тарифного соглашения действующим

1) Тарифное соглашение принимается простым большинством голосов от количества присутствующих на заседании членов Комиссии, если в заседании принимало участие более двух третей членов Комиссии. В случае равенства голосов голос председателя Комиссии является решающим.

2) Тарифное соглашение подписывается председательствующим и членами Комиссии и доводится до сведения территориального фонда обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций и медицинских организаций, путем размещения ТФОМС Югры на собственном сайте в сети «Интернет».

3) Тарифное соглашение, принятое Комиссией в соответствии с ее компетенцией, является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

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

Часть 5. Список приложений к Тарифному соглашению

– Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих и не имеющих прикрепившихся лиц»;

– Приложение 2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров»;

– Приложение 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций»;

- Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по уровням оплаты медицинской помощи»;
- Приложение 5 «Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат»;
- Приложение 6 Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;
- Приложение 7 «Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;
- Приложение 8 «Тарифы проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап»;
- Приложение 9 «Тарифы проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;
- Приложение 10 «Тарифы проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап»;
- Приложение 11 «Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 12 «Тарифы периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при обучении в образовательных учреждениях (законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 13 «Тарифы предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения (законченный случай I этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 14 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС»;
- Приложение 15 «Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи»;
- 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»;
- Приложение 17 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2017 год»;
- Приложение 18 «Управленческие коэффициенты к КСГ (дневной стационар)»;
- Приложение 19 «Управленческие коэффициенты к КСГ (круглосуточный стационар)»;
- Приложение 20 «Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания в стационаре более 45 дней»;
- Приложение 21 «Базовая ставка и средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ дневного стационара»;
- Приложение 22 «Базовая ставка и средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ круглосуточного стационара»;
- 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»;
- Приложение 24 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2017»;

- Приложение 25 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев»;
- Приложение 26 «Тарифы на медицинские услуги при проведении диализа»;
- Приложение 27 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования»;
- Приложение 28 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»;
- Приложение 29 «Форма заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи» (рекомендуемый образец);
- Приложение 30 «Правила формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС»;
- Приложение 31 «Отчет о результатах финансовых расчетов за оказанную медицинскую помощь»;
- Приложение 32 «Протокол результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО».
- Приложение 33 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях».

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

