

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
на 2023 год
(протокол ТК ОМС № 16 от 30.12.2022)**

Содержание

Раздел I. Общие положения	3
Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи	6
Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи	9
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования	9
Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях	10
Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов	13
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)	14
Часть 5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи)	15
Раздел IV. 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	16
Раздел V. Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями	16
Раздел VI. Заключительные положения	17
Часть 1. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов	17
Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению	18

Раздел I. Общие положения

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2023 год (далее – Тарифное соглашение) заключено, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», между:

Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрав Югры) в лице директора – Добровольского Алексея Альбертовича;

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

страховыми медицинскими организациями (далее также – СМО) в лице директора Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – Томина Олега Александровича, директора филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – Кузнецовой Иннесы Юрьевны;

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

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

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

Стороны заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

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»;

– Проектом Постановления Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов»;

– Постановление Правительства РФ от 05.11.2022 N 1998 "Об утверждении Правил ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования";

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

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

– 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»;

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

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

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

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

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

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

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

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному

медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2021 N 255н «Об утверждении порядка осуществления территориальными фондами обязательного медицинского страхования контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также контроля за использованием средств обязательного медицинского страхования указанными страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями»;

– Проектом приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

– Проектом письма Министерства здравоохранения Российской Федерации «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» (далее – Методические рекомендации);

– Проектом Постановления Правительства ХМАО-Югры «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов» (далее – ТППГ на 2023-2025 гг. ХМАО-Югры);

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

– Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 24.11.2022 № 133-оз «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2023 год и плановый период 2024 и 2025 годов»;

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

– другими нормативными правовыми документами.

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

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

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

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи. Финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, осуществляется в пределах средств, предусмотренных на эти цели в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай), при оплате: а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования; б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц; в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией; г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19); д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации; е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

– по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации.

Ежемесячное финансирование фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется в размере 1/12 годового финансового обеспечения в соответствии с **Приложением 15** к Тарифному соглашению.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, обслуживающих до 100 жителей, устанавливается субъектом Российской Федерации с учетом понижающего коэффициента в зависимости от численности населения, обслуживаемого фельдшерским и фельдшерско-акушерским пунктом, к размеру финансового обеспечения фельдшерского, фельдшерско-акушерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей.

Оплата профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения не включается в подушевой норматив финансирования и осуществляется по тарифам, установленным в **приложениях 16, 17-21** к Тарифному соглашению:

Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с особенностями формирования реестров, приведен в **приложении 1** к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате первичной медико-санитарной, оказываемой в амбулаторных условиях, приведена в **приложении 7** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

– за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской

помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 14 к ТПГТ на 2023-2025 гг. ХМАО-Югры, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях с особенностями формирования реестров, приведен в **приложении 3** к настоящему Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

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

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 14 к ТПГТ на 2023-2025 гг. ХМАО-Югры, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров счетов, приведен в **приложении 2** к настоящему Тарифному соглашению.

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

- по подушевому нормативу финансирования;

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

Порядок применения способов оплаты 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) приведен в **приложении 4** к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведена в **приложении 8** к настоящему Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (перечень таких медицинских организаций представлен в **приложении 12**):

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи. При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления приведен в **приложении 5** к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления приведена в **приложении 9** к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок применения способов оплаты высокотехнологичной медицинской помощи приведен в **приложении 6** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования

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

2) Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории автономного округа, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС.

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

4) Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ОМС включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТП ОМС и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счёт средств обязательного медицинского страхования) по видам расходов согласно **приложения 10** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

- по тарифам подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, (амбулаторный подушевой норматив финансирования);

- по тарифам посещений с профилактической целью при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

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

- по тарифам обращений/посещений по поводу заболевания при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

- по тарифам групп диагностических медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

- по тарифам групп отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой

лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;

- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

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

- по тарифам профилактических медицинских осмотров;

- по тарифам профилактических осмотров несовершеннолетних;

- по тарифам диспансеризации определенных групп взрослого населения;

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

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

- по тарифам диспансерного наблюдения.

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 14 780,43 руб.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 469,85 рублей в месяц.

Стоимость 1 УЕТ в стоматологии составляет 225,77 рублей.

2) 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 лиц, передаваемых медицинской организацией в соответствии с Порядком взаимодействия при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

3) На основе численности прикрепленного застрахованного населения, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, ТФОМС Югры рассчитывает величину подушевого норматива финансирования на осуществление деятельности медицинской организации в расчёте на одного прикрепленного застрахованного лица к медицинской организации в месяц.

4) Тарифы подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рассчитываются ежемесячно и выносятся на согласование представителям сторон.

5) Методика расчёта размера подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определена **приложением 7** к настоящему Тарифному соглашению.

6) Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях, установлены **приложением 16** к настоящему Тарифному соглашению.

7) Тарифы проведения I этапа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров дифференцированы по полу и возрасту, а также углубленной диспансеризации взрослого населения установлены **приложениями 17-21** к настоящему Тарифному соглашению.

8) 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 автономного округа;

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

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

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

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

10) В тариф посещения Центра здоровья включена средняя расчётная стоимость комплекса медицинских услуг, установленного федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

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

12) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях отражены в **приложении 36** к настоящему Тарифному соглашению.

13) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях отражены в **приложении 37** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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 3 174,85 руб.;
- в стационарах составляет 11 564,52 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка без учета коэффициента дифференциации – 1,755):

- в условиях дневных стационаров составляет 15 029,40 руб.;
- в условиях круглосуточных стационаров составляет 25 969,78 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка с учетом коэффициента дифференциации – 1,755):

- в условиях дневных стационаров составляет 26 376,60 руб.;
- в условиях круглосуточных стационаров составляет 45 576,96 руб.

Возмещение расходов МО на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания, дневных стационарах, стационарах на дому, центрах амбулаторной хирургии), осуществляется согласно перечню клинико-статистических групп, коэффициентов относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (**приложения 24-25** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 29** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при проведении диализа (**приложение 30** к настоящему Тарифному соглашению).

2) 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.

3) 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.

4) 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 ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 927,87 руб. (в год).

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 160,41 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 лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

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

3) Методика расчёта подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена **приложением 8** 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 согласование представителям сторон.

5) Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа, установлены **приложением 31** к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

6) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в **приложении 36** к настоящему Тарифному соглашению.

7) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций отражены в **приложении 38** к настоящему Тарифному соглашению.

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

1) Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления составляет 945,87 рублей в месяц.

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

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

- по тарифам групп отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

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

3) Методика расчёта подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления определена **приложением 9** к настоящему Тарифному соглашению.

4) Тарифы подушевого финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления формируются ежемесячно ТФОМС Югры, исходя из объёма финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, рассчитанного на одну единицу прикрепленного медицинской организацией населения. Тарифы подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления выносятся на согласование представителям сторон.

5) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления отражены в **приложении 36** к настоящему Тарифному соглашению.

6) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования медицинской помощи и предельный размер финансового

обеспечения медицинских организаций отражены в **приложении 39** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел IV. 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

1) ТФОМС Югры и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 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 объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования, установлены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

3) Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определены настоящим Тарифным соглашением в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования» и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа (**приложение 11** к настоящему Тарифному соглашению).

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

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи в разрезе видов, форм и условий оказания медицинской помощи, а также отдельных профилей специализированной медицинской помощи и групп высокотехнологичной медицинской помощи, между медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС соответствуют объемам предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленным в ТП ОМС и представлены в **приложении 40** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел VI. Заключительные положения

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

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

2) Тарифное соглашение, принятое представителями сторон, является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории автономного округа.

3) Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2023 года, действует до 31 декабря 2023 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2023 года, в том числе начатые ранее.

4) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2022 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

5) Тарифное соглашение может быть изменено:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС в ХМАО-Югре, в части включения (исключения) медицинских организаций;

- при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках ОМС;

- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержанию Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти ХМАО-Югры решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является неотъемлемой его частью.

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

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

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

9) Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению

– Приложение 1 «Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

– Приложение 2 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

– Приложение 3 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

– Приложение 4 «Порядок применения способов 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 с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

– Приложение 5 «Порядок применения способов оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

– Приложение 6 «Порядок применения способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи»;

– Приложение 7 «Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;

– Приложение 8 «Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)»;

– Приложение 9 «Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления»;

– Приложение 10 «Виды расходов, оплачиваемые за счет средств обязательного медицинского страхования»;

– Приложение 11 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размеры штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»;

– Приложение 12 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по условиям и уровням оказания медицинской помощи, имеющих и не имеющих прикрепившихся лиц»;

– Приложение 13 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций»;

– Приложение 14 «Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численность населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала (КДот)»;

– Приложение 15 «Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения, и расходы на их содержание»;

– Приложение 16 «Тарифы оплаты медицинской помощи при ее оказании в амбулаторных условиях»;

– Приложение 17 «Тарифы проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения, I этап»;

– Приложение 18 «Тарифы проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

– Приложение 19 «Тарифы проведения диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;

– Приложение 20 «Тарифы проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, I этап»;

– Приложение 21 «Тарифы медицинских услуг, применяемых при проведении I-го, II-го этапа углубленной диспансеризации взрослого населения, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)»;

– Приложение 22 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по инструментальным методам диагностики и медицинских услуг»;

– Приложение 23 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по лабораторным методам диагностики и медицинских услуг»;

– Приложение 24 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратно-емкости, коэффициентов специфичности, размера

оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях дневного стационара»;

– Приложение 25 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратоемкости, коэффициентов специфики, размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи и доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ в условиях круглосуточного стационара»;

– Приложение 26 «Установленные коэффициенты уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях дневного стационара»;

– Приложение 27 «Установленные коэффициенты уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях круглосуточного стационара»;

– Приложение 28 «Перечень случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, для которых установлен КСЛП»;

– Приложение 29 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС»;

– Приложение 30 «Тарифы КСГ для оплаты услуг диализа»;

– Приложение 31 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС»;

– Приложение 32 «Перечень клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

– Приложение 33 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

– Приложение 34 «Состав клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

– Приложение 35 «Простые и сложные медицинские услуги в стоматологии, не входящие в состав КСГ, и условия их применения»;

– Приложение 36 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи»;

– Приложение 37 «Коэффициенты подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;

– Приложение 38 «Коэффициенты подушевого финансирования скорой медицинской помощи»;

– Приложение 39 «Коэффициенты подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления»;

– Приложение 40 «Распределение объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, установленных в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, между медицинскими организациями»;

- Приложение 41 «Перечень тяжелой сопутствующей патологии, осложнений заболеваний, влияющих на сложность лечения пациент»;
- Приложение 42 «Перечень сочетанных хирургических вмешательств, выполняемых во время одной госпитализации»;
- Приложение 43 «Перечень однотипных операций на парных органах (частях тела)»;
- Приложение 44 «Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении».

Подписи сторон:

Директор Департамента
Здравоохранения Ханты-Мансийского
Автономного округа – Югры

А.А. Добровольский

Первый заместитель директора
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

В.А. Смирнов

Директор Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

О.А. Томин

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

И.Ю. Кузнецова

Член Ассоциации работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Е.Н. Иванникова

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

О.Г. Меньшикова