

**Тарифное соглашение  
в системе обязательного медицинского страхования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на  
2015 год  
(от 30.01.2015)**

## Содержание

Раздел I. «Общие положения» .....	4
Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи» .....	12
Часть 1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяемые на территории ХМАО-Югре .....	13
1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) .....	13
2. Оплата стоматологической помощи .....	15
3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения .....	16
Часть 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов.....	18
Часть 3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях .....	19
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) .....	19
Часть 5 . Способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи .....	20
Часть 6 . Способы оплаты методов внепочечного очищения крови (гемодиализ, перитонеальный диализ).....	20
Раздел III. «Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи» .....	20
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования.....	20
Часть 2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях .....	23
Часть 3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов.....	25
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) .....	26
Раздел IV. Размер неоплаты и не полной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества. ....	27
Раздел V. «Заключительные положения» .....	27
Часть 1. Порядок взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории ХМАО - Югры .....	28
Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчетов участников обязательного медицинского страхования между ТФОМС, СМО и МО .....	28
Часть 3. Срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов .....	30
Часть 4. Список приложений к Тарифному соглашению.....	31

Тарифное соглашение (далее – Тарифное соглашение) заключено Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной 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) (далее – Комиссия) в составе:

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Фучежи<br>Александр Петрович      | - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Югры, секретарь комиссии  |
| Нигматулин<br>Владислав Анварович | - заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры   |
| Смирнов<br>Владимир Альбертович   | - первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры |
| Кольцов<br>Всеволод Станиславович | - главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»   |
| Миронов<br>Виктор Александрович   | - первый заместитель генерального директора ОАО «СМК «Югория-Мед»  |
| Данилов<br>Алексей Аркадьевич     | - директор Югорского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»  |
| Кичигин<br>Александр Васильевич   | - президент Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»              |
| Овечкин<br>Павел Геннадьевич      | - член Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»                   |
| Меньшикова<br>Оксана Геннадьевна  | - председатель окружной организации профсоюза работников здравоохранения РФ  |
| Суровов<br>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 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

– Приказом Минздравсоцразвития России от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»;

– Приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила);

– Приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

– Приказом Минздравсоцразвития РФ от 16.04.2010 №243н «Об организации оказания специализированной медицинской помощи»;

– Приказом Минздрава России от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

– Приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению»;

– Приказом Минздрава России 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 объемов, 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 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»;

– Письмом Минздрава России от 12.12.2014 № 11-9/10/2-9388 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов»;

– Письмом ФФОМС от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

– Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014 № 11-9/10/2-9454 «О способах оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

– Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 10.10.2014 № 369-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 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».

**2. Предметом настоящего Соглашения** являются взаимоотношения сторон по формированию тарифов для оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – ТП ОМС) за счет средств обязательного медицинского страхования.

**3. 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. Система оплаты медицинской помощи, устанавливаемая Соглашением, должна способствовать решению следующих основных задач:**

– обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа, определяемых ТП ОМС в условиях максимально эффективного расходования финансовых средств;

– обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;

– стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение значительного объема помощи на внестационарный 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.

**5. 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 счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

**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 обязательного медицинского страхования.

**Базовая программа обязательного медицинского страхования** – составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет 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 обязательного медицинского страхования.

**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 также 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.

**Базовый тариф** – средний объем финансового обеспечения за единицу объема медицинской помощи, определенный на основе норматива финансового обеспечения, установленного базовой программой обязательного медицинского страхования, дифференцированный по уровням организации медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре и используемый, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями лицам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

**Тарифная группа** - группа медицинских организаций, объединенных единым тарифом в рамках одного уровня организации медицинской помощи, позволяющим компенсировать затраты при условии выполнения запланированных объемов медицинской помощи.

**Клинико-статистическая группа** (далее - КСГ) - группа заболеваний и состояний соответствующих рубрик Международной классификации болезней (далее МКБ-10), относящихся к одному профилю медицинской помощи, сходных по используемым методам диагностики и лечения и объединенных единым тарифом.

**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.

**Посещение** (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи 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 определенных групп населения;
- в) в связи с диспансерным наблюдением;
- г) в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, патронажем;
- д) медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;
- е) врачей в целях медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей, оставшихся без попечения родителей;
- ж) с иными целями (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** – объем 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.

**В целях осуществления раздельного учета и контроля объемов предоставления** медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках программ обязательного

медицинского страхования условно выделяются следующие единицы объема 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 определенных групп населения;
    - в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;
    - в связи с патронажем;
  - б) посещения с иными целями, 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.
2. посещения при оказании неотложной помощи – посещения в связи с заболеваниями, не завершившиеся формированием законченного случая обращения в поликлинику;
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). Законченный случай обращения по поводу заболевания в **стоматологии** может содержать одно посещение по поводу 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 выбытия (выписка, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного 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** - объем 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)** – объем средств, определенный исходя из стоимости амбулаторной помощи по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчете 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.

**Прикрепленное население** - застрахованные на территории автономного округа граждане, прикрепленные к медицинской организации в соответствии с порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления застрахованных лиц, утвержденным настоящим Соглашением, по состоянию на 01 число отчетного периода.

**Неприкрепленное 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, по состоянию на 01 число отчетного периода.

**Плановые объемы предоставления** медицинской помощи – установленные Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Комиссия) количество единиц объема медицинской помощи, сформированные на основании средних нормативов объема медицинской помощи и средних нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учетом 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 объемы финансирования** медицинской помощи – установленные Комиссией суммы на финансовое обеспечение медицинской помощи, соответствующие плановым объемам 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 объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, на соответствие утвержденному формату, региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, Тарифному соглашению в системе ОМС ХМАО - Югры.

**Контроль объемов, 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 объемах 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, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-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.

**Реэкспертиза** – повторная МЭЭ или ЭКМП, проводимая другим специалистом-экспертом или другим экспертом качества медицинской помощи с целью проверки обоснованности и достоверности выводов по ранее принятым заключениям, сделанным специалистом-экспертом или экспертом качества медицинской помощи, первично проводившим МЭЭ или ЭКМП.

Реэкспертиза проводится 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 ЭКМП;

– поступления претензии от медицинской организации, не урегулированной со страховой медицинской организацией.

#### **6. 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 трехуровневая система организации медицинской помощи гражданам:

**первый уровень** (районный) - 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** (межмуниципальный, межрайонный) - 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** (региональный, окружной) - 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 счет средств обязательного медицинского страхования, критерии доступности и качества медицинской помощи, требования к условиям оказания медицинской помощи, нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются ТП ОМС.

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

4) Перераспределение установленных объемов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств происходит по результатам ежемесячного мониторинга исполнения объемов медицинской помощи, в разрезе условий оказания, медицинских организаций и страховых медицинских организаций. При несоответствии фактически выполненных объемов предоставления и объемов финансирования медицинской помощи (реестр медицинской помощи), плановым объемам предоставления и объемам финансирования (в том числе подушевого) медицинской организации, ТФОМС Югры вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации.

5) В ежемесячном мониторинге исполнения 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).

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

7) 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.

8) 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 объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учетом требований Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

9) 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. Объемы предоставления и объемы финансирования медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа, решением комиссии не устанавливаются.

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

11) 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 и тарифной группы оплаты медицинской помощи, предусмотренным настоящим Тарифным соглашением.

13) 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.

14) 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.

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

16) Для соответствия плановых и фактических стоимостных и объемных показателей, оказываемой медицинской помощи в амбулаторных условиях, в том числе стоматологической помощи, к базовой тарифной группе применяется корректирующий коэффициент (Ккор):

$$K_{кор} = \text{ОФпланмес} / \text{ОФфактмес}, \text{ где}$$

ОФпланмес- плановый объем финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь за месяц, рассчитанная исходя из:

$$\text{ОФпланмес} = (\text{ОФплангод} - \text{ОФфактмес}) / 12 - n, \text{ где}$$

ОФплангод - годовое финансовое обеспечение медицинской организации, утвержденной комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, за вычетом суммы фактически оплаченной медицинской помощи.

12- n - количество месяцев за минусом количества прошедших в году;

ОФфактмес - фактическая стоимость, оказанной медицинской помощи за расчетный месяц.

В случае если плановая стоимость и плановые объемы, оказанной медицинской помощи соответствуют, то корректирующий коэффициент считать равным 1 (Ккор=1). Положительную разницу между плановой стоимостью и фактической стоимостью, оказанной медицинской помощи учитывать для расчета планового объема финансового обеспечения медицинской организации на оставшийся период от года. Корректирующий коэффициент применяется к медицинским организациям, не участвующих в подушевом финансировании.

## **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 объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, обращение (законченный случай).

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема 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, включенного в соответствующую группу заболевания (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний).

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

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболевания клинико-статическую группу;

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):

– по подушевому нормативу финансирования;

– за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами автономного округа)

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

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

1) 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 неприкрепленному 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, утвержденными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

• **По тарифам за единицу объема медицинской помощи** в соответствии с перечнем Медицинских организаций не участвующих в подушевом финансировании (Приложение 1 к настоящему Соглашению).

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

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

- по тарифам посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- 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 оплаты медицинской помощи при осуществлении выездных профилактических осмотров;
- по тарифам проведения диспансеризации определенных 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, I этап.

2) Медицинские организации ежемесячно представляют реестр счетов оказанной прикрепленному и некрепленному населению первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по утвержденным в установленном порядке тарифам.

3) 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 определенных категорий граждан, выполненные и учтенные в МО в соответствии с нормативными правовыми актами в сфере здравоохранения.

4) 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 объемы медицинской помощи каждой медицинской организацией, по соответствующим тарифам.

5) 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 определенных категорий граждан;
- врачебные осмотры при проведении диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями;
- врачебные осмотры граждан, проводимые в МО при постановке на воинский учет, 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.

6) 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.

7) Мероприятия по медицинской профилактике заболеваний, проводимые в виде групповых занятий (школа Диабета, Астмы, Гипертонической болезни, ИБС и др.) лицам, состоящим на диспансерном учете 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.

8) 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.

9) 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)».

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 ребенком – инвалидом независимо от наличия медицинских показаний, больным ребенком до достижения им возраста 4 лет независимо от наличия медицинских показаний, больным ребенком 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 приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения специалиста соответствующего профиля и по тарифам диагностических медицинских услуг.

## **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 и по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/ восстановительной медицине/ I уровня Базовый тариф.

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 своем составе стоматологический

кабинет (отделение), возмещение расходов проводится по тарифам медицинских услуг в стоматологии I уровня Базовый тариф и по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации /восстановительной медицине/ соответствующего уровня и тарифной группы.

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

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

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) Затраты медицинских организаций на проведение первого этапа диспансеризации прикрепленного и некрепленного населения в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, не включены в тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования).

2) Случаи проведения первого этапа диспансеризации предъявляется к оплате после полного завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения диспансеризации, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отраженные в первичной медицинской документации, оплачиваются по тарифам диспансеризации (законченный случай 1 этапа диспансеризации) для соответствующей категории граждан. Годом прохождения диспансеризации, включая диспансеризацию определенных 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную 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 учетом 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 (копии). Диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (1 этап), оплачиваются по тарифам диспансеризации (законченный случай 1 этапа диспансеризации) для соответствующей категории граждан.



4) Случаи проведения второго этапа диспансеризации 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 диспансеризации, а также данные врача, делающего медицинское заключение.

5) Затраты медицинских организаций на проведение медицинских осмотров прикрепленного населения в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включены в тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования). Затраты медицинских организаций на проведение медицинских осмотров неприкрепленного населения в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, не включены в тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования). 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 отраженные 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 отраженные 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.

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 отраженные 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.

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 отраженные 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) Случаи 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.

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 объеме, либо при отсутствии возможности проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме 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 объемов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении диспансеризации или медицинских осмотров, производится медицинской организацией, ответственной за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, по базовым тарифам посещений и тарифам диагностических услуг соответствующего уровня организации медицинской помощи.

## **Часть 2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов**

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

1) Оплата медицинской помощи, оказанной в дневных стационарах всех типов (самостоятельные или в составе медицинских организаций любой организационно – правовой формы), осуществляется по факту завершения случая (законченному случаю) медицинской помощи, оказанной пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по стоимости тарифа КСГ для дневного стационара. Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей применение оперативных методов лечения. В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей консервативные методы лечения. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

2) Оплата медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) осуществляется за законченный случай проведения ЭКО по завершении процедуры по Тарифу законченных случаев лечения заболеваний, включенных в клинико-статистические группы для дневных стационаров - код КСГ G.3C.XV.32.22.2 «Экстракорпоральное оплодотворение». В тариф КСГ включены все расходы МО на оказание медицинской помощи при проведении процедуры ЭКО (амбулаторная, стационарозамещающая помощь). Порядок направления застрахованных лиц из числа жителей на территории автономного округа на лечение бесплодия методом ЭКО определяется Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры совместно с ТФОМС 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) Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, осуществляется по факту завершения случая медицинской помощи (законченный случай) по стоимости тарифа КСГ для стационара. Если при оказании медицинской помощи пациенту было выполнено хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей применение оперативных методов лечения. В том случае, если при оказании медицинской помощи пациенту не выполнялось хирургическое вмешательство, оплата осуществляется по тарифу клинико-статистической группы, предусматривающей консервативные методы лечения. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10.

2) Перевод пациента, получающего медицинскую помощь в стационаре, из отделения одного профиля в отделение другого профиля той же медицинской организации не приводит к формированию нового случая в реестре медицинской помощи. Оплата законченного случая лечения в стационаре, включающего переводы из одного отделения в другое при оказании медицинской помощи, производится по завершении оказания медицинской помощи пациенту по тарифу КСГ для стационара, соответствующему клиническому диагнозу.

При переводе пациента, получающего медицинскую помощь в стационаре, из отделения одного профиля в отделение другого профиля или в дневной стационар той же медицинской организации, лечение в отделениях каждого профиля и в дневном стационаре может отражаться в реестре медицинской помощи как отдельный случай лечения и оплачиваться по соответствующим тарифам КСГ для стационара или дневного стационара, если оказание медицинской помощи в отделении каждого профиля отвечает требованиям настоящего Соглашения к формированию законченного случая лечения в стационаре: пациенту оказана вся совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по каждому из заболеваний, помощь оказана в регламентированные сроки, достигнут клинический результат, подтвержденный первичной медицинской документацией. Периоды оказания помощи в отделениях различного профиля не могут совпадать и пересекаться.

3) При направлении пациента, получающего медицинскую помощь в условиях стационара на консультацию, обследование или реабилитационное/восстановительное лечение в амбулаторных условиях в другой медицинской организации оплата фактически выполненных объемов медицинской помощи медицинской организации, в которую был направлен пациент, производится в соответствии (с Разделом II, Частью 1 п.1. подпункт 1 настоящего Соглашения).

4) Оплата паллиативной медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, осуществляется из расчета фактически проведенных пациентом дней лечения в стационаре за отчетный период по тарифам КСГ для стационара: «Паллиативная помощь», независимо от факта завершения оказания медицинской помощи.

### **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 определен Приложением 3 к Тарифному Соглашению.

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:

– по тарифам подушевого финансирования, скорой медицинской помощи (подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи) с учетом численности и половозрастной структуры населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры;

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

#### **Часть 5 . Способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи**

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, за счет средств обязательного медицинского страхования, осуществляется по факту завершения случая медицинской помощи (законченный случай) по стоимости тарифа КСГ по ВМП.

Тарифы КСГ по ВМП являются едиными для медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь за счет средств обязательного медицинского страхования, которым решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования определены объемы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующее им финансовое обеспечение.

Отнесение случая лечения к конкретной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, вида лечения и метода лечения, определенными разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет 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 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов.

#### **Часть 6 . Способы оплаты методов внепочечного очищения крови (гемодиализ, перитонеальный диализ)**

Оплата методов внепочечного очищения крови (гемодиализ, перитонеальный диализ) осуществляется из расчета фактически выполненных диализных процедур в отчетный период, по тарифам на медицинские услуги при проведении гемодиализа взрослому и детскому населению в зависимости от условий оказания медицинской помощи (амбулаторно, в дневном стационаре).

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

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

1) Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию ТП ОМС, установленного Законом от 19.11.2014 №89 «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования ХМАО - Югры на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

2) Тарифы на оплату медицинской помощи являются контролируруемыми, подлежащими регулированию через Тарифное соглашение и едиными для всех медицинских организаций отнесенных настоящим Тарифным соглашением к одному уровню организации медицинской помощи и к одной тарифной группе оплаты медицинской помощи, независимо от организационно-правовой формы, оказывающих медицинскую помощь при конкретном

заболевании или состоянии в рамках ТП ОМС и страховых медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС на территории автономного округа.

3) Тарифы на оплату медицинской помощи формируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, определенным ТП ОМС и рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами, с учетом [порядков](#) оказания медицинской помощи и на основе [стандартов](#) медицинской помощи и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС.

4) С учетом существующей трехуровневой системы организации медицинской помощи в автономном округе сформированы перечни медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, по уровням организации медицинской помощи и тарифным группам оплаты медицинской помощи, определены приложениями **4, 5, 6, 7, 8** к настоящему Тарифному соглашению.

5) 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 счет средств ОМС).

6) Структура тарифа на оплату медицинской помощи по ТП ОМС включает в себя расходы:

– заработная плата, в том числе:

денежные выплаты врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам) (далее – врачи участковые), обслуживающим полные комплексные врачебные участки, в размере 10 000 рублей в месяц;

• денежные выплаты медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) (далее – медицинские сестры участковые), обслуживающим полные комплексные врачебные участки, в размере 5 000 рублей в месяц;

• денежные выплаты врачам участковым, обслуживающим малоконтактные врачебные участки, в размере 7 500 рублей в месяц;

• денежные выплаты медицинским сестрам участковым врачей участковых, обслуживающим малоконтактные врачебные участки, в размере 3 500 рублей в месяц.

• денежные выплаты заведующим подстанцией, заведующим отделением – врачам скорой медицинской помощи, заведующим оперативным отделом – врачам скорой медицинской помощи, старшим врачам скорой медицинской помощи, врачам скорой медицинской помощи, врачам выездных бригад учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в размере 5 000 рублей в месяц;

• денежные выплаты старшим фельдшерам, фельдшерам по приему вызовов и передаче их выездной бригаде, фельдшерам (акушеркам) выездных бригад учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в размере 3 500 рублей в месяц;

• денежные выплаты медицинским сестрам по приему вызовов и передаче их выездной бригаде, медицинским сестрам выездных бригад учреждений и подразделений скорой медицинской помощи в размере 2 500 рублей в месяц.

– 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.

– прочие выплаты<sup>1</sup>;

– начисления на оплату труда<sup>2</sup>;

<sup>1</sup> Порядок, условия и форма оплаты труда, прочих выплат устанавливаются коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами, принятыми в соответствии с федеральными законами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

- услуги связи;
- транспортные услуги;
- коммунальные услуги;
- арендная плата за пользование имуществом, участвующим в процессе оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС;
- работы и услуги по содержанию имущества, за исключением расходов по оплате договоров на выполнение работ, оказание услуг, связанных с капитальным ремонтом зданий, сооружений и нежилых помещений, оборудования;
- расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования),
- организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации),
- оплату программного обеспечения и прочих услуг;
- социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;
- прочие расходы;
- расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу;
- приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов.

При определении соответствующих направлений расходования средств следует руководствоваться Указаниями о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации, утвержденными приказом Министерства финансов Российской Федерации от 01 июля 2013 года № 65н, Классификацией основных средств, включаемых в амортизационные группы, утвержденной 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 объему 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 9 к настоящему Тарифному соглашению.

7) 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.

8) 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,

---

<sup>2</sup> Расходы по оплате труда и начисления на выплаты по оплате труда персоналу медицинских организаций, участвующему в процессе оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС и персоналу, обеспечивающему деятельность медицинских организаций.

- 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.

#### 9) Медицинские организации обязаны:

- вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования:
  - вести отдельный учет медицинской помощи оказанной в амбулаторных условиях (посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных 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, неиднефицированных и незастрахованных, 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 оплаты медицинской помощи при осуществлении выездных осмотров с профилактической целью;
- по тарифам проведения диспансеризации определенных 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 усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью, I этап;

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) Расчет 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 (определенным 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 расчете 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 расчета стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях определена приложением 10 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 11 к настоящему Тарифному соглашению.



8) Тарифы оплаты медицинской помощи при осуществлении выездных осмотров с профилактической целью установлены приложением **12** к настоящему Тарифному соглашению.

9) 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 **13-18** к настоящему Тарифному соглашению.

10) 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 приемных 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.

11) В тариф посещения включена средняя расчетная 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.

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

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

### **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 на одно застрахованное лицо согласно ТП ОМС:

– в дневных стационарах медицинскими организациями автономного округа, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС составляет – 2 912,1 руб.;

– в стационарах медицинскими организациями автономного округа, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС составляет – 50 956,1 руб.

2) 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:

– по тарифам законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для стационара круглосуточного пребывания (далее – тариф КСГ для стационара), согласно приложениям **19-30** к настоящему Тарифному соглашению;

– по тарифам законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для стационара круглосуточного пребывания для высокотехнологичной помощи (далее - тариф КСГ по ВМП), согласно приложению **31** к настоящему Тарифному соглашению;

– по тарифам законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для дневного стационара (далее – тариф КСГ для дневного стационара), согласно приложениям **32-43** к настоящему Тарифному соглашению;

3) 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.

4) 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 ребенком до 4-х лет в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

5) В тариф КСГ для стационара и дневного стационара включена средняя расчетная 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.

6) В тариф КСГ для стационара «Паллиативная помощь» включены расходы медицинской организации за один день пребывания пациента в стационаре.

7) В тарифы КСГ для дневного стационара «Почечная недостаточность (гемодиализ)», «Почечная недостаточность (перитонеальный диализ)» включены расходы медицинской организации за одну фактически оказанную диализную процедуру.

8) 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.

9) Отнесение случая лечения заболеваний к соответствующей клинико-статистической группе осуществляется в соответствии с кодом диагноза по Международной классификации болезней (далее – МКБ-10). Таблицы соответствия КСГ и диагнозов МКБ-10 определены приложениями **44-67** к настоящему Тарифному соглашению.

10) Методика расчета стоимости (тарифа) для клинико-статистических групп заболеваний на основании федеральных стандартов медицинской помощи по основным заболеваниям населения автономного округа определена приложением **68** к настоящему Тарифному соглашению.

#### **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 на одно застрахованное лицо согласно ТП ОМС составляет – 5 107,7 руб.

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.

3) Тарифы подушевого финансирования скорой медицинской помощи формируются ежемесячно ТФОМС Югры исходя из объема финансирования медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанного на одну единицу обслуживаемого медицинской организацией населения. В тарифы подушевого финансирования скорой медицинской помощи включены расходы медицинской организации на оказание медицинской помощи сверх базовой программы ОМС, а также медицинской помощи, оказанной не идентифицированным и не застрахованным по ОМС.

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

4) Методика расчета подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена приложением 69 к настоящему Тарифному соглашению.

5) Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры установлены приложением 70 к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

#### **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 объемов, 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 Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», письмом ФФОМС от 24.12.2012 № 1010310/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи».

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, являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа и определены приложением 71 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, 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».

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, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 №406н.

4) Заявление о прикреплении к медицинской организации подается по рекомендуемой форме (приложение 72 к настоящему 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 расчетов 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, определенными Федеральным фондом ОМС, порядком ведения персонифицированного учета 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 объема, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и оплаченных счетах передается в едином формате данных, в сроки и в порядке, установленные настоящим Соглашением.

3) Медицинская организация (МО):

– Ведёт персонифицированный учет сведений об оказанной медицинской помощи.

– Ведёт персонифицированный учет сведений о прикреплении граждан к МО.

– 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 3-4-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 счет на оплату медицинской помощи, сформированный в соответствии с правилами формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС (приложение 73 к настоящему Соглашению).

– При наличии отклоненных от оплаты случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи медицинская организация вправе доработать и представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклоненные ранее от оплаты реестры медицинской помощи в сроки, установленные настоящим Соглашением, в следующем отчетном периоде.

– При наличии отклоненных от оплаты счетов, случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи по причине превышения фактических объемов предоставления или объемов финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, за исключением СМП (АПП, стационар, дневной стационар) и по единицам объема предоставления амбулаторной медицинской помощи (посещение с профилактической целью, посещение при оказании неотложной помощи, обращение по поводу заболевания) над плановыми объемами предоставления или объемами финансирования медицинской помощи, определенными 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 объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы»), в целях оплаты объема 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 объема финансирования на год, установленного решением Комиссии в сроки, установленные настоящим Соглашением, в следующем отчетном периоде.

#### 4) Страховая медицинская организация (СМО):

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

– При проведении МЭЖ реестра медицинской помощи осуществляет контроль объемов предоставления и объемов финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, за исключением СМП (АПП, стационар, дневной стационар) и отдельно по высокотехнологичной медицинской помощи. В случае превышения фактических объемов предоставления или объемов финансирования медицинской помощи над плановыми объемами предоставления или объемами финансирования медицинской помощи, определенными Комиссией на год для конкретной медицинской организации, СМО производит удержание стоимости оказанной медицинской помощи, начиная со случаев оказания медицинской помощи неприкрепленному 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 объема предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы». Превышение устанавливается после учета результатов всех видов контроля объемов, 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 объемы предоставления и объемы финансирования медицинской помощи с начала года сравниваются с суммарными плановыми объемами предоставления и объемами

финансирования медицинской помощи с начала года. Удержание осуществляется со счета 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 расчетов за оказанную медицинскую помощь» по форме приложения 74 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.

#### 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 3-4-го рабочих дней каждого месяца проводит ФЛК файлов-реестров медицинской помощи, представленных МО. В течение одного рабочего дня, 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 № 75). ТФОМС формирует Протокол приема 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 №75 к настоящему 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 отчёт об оплате счетов (Таблица 2 к Приложению №75). 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 2015 года, действует до 31 декабря 2015 года включительно, и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2015 года, в том числе начатые ранее.

2) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2015 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. 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 «Перечень медицинских организаций по тарифным группам оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;

– Приложение 6 «Перечень медицинских организаций по тарифным группам оплаты медицинской помощи осуществляющих скрининг злокачественных новообразований толстой кишки»;

– Приложение 7 «Перечень медицинских организаций по тарифным группам оплаты медицинской помощи при осуществлении выездных осмотров с профилактической целью»;

– Приложение 8 «Перечень медицинских организаций по тарифным группам оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях стационара и дневного стационара»;

– Приложение 9 «Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат»;

– Приложение 10 Методика расчета стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях;

– Приложение 11 «Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;

– Приложение 12 «Тарифы оплаты медицинской помощи при осуществлении выездных осмотров с профилактической целью»;

– Приложение 13 «Тарифы проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, I этап»;

– Приложение 14 «Тарифы проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;

- Приложение 15 «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 16 «Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 17 «Тарифы периодических медицинских осмотров несовершеннолетних при обучении в образовательных учреждениях (законченный случай периодического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 18 «Тарифы предварительных медицинских осмотров несовершеннолетних при поступлении в образовательные учреждения (законченный случай I этапа предварительного медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложения 19-30 «Тарифы законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для стационара круглосуточного пребывания (тариф КСГ для стационара)»;
- Приложение 31 «Тарифы законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для стационара круглосуточного пребывания (тариф КСГ по ВМП)»;
- Приложения 32-43 «Тарифы законченных случаев лечения заболеваний, включенных в соответствующую клинико-статистическую группу, для дневного стационара (тариф КСГ для дневного стационара)»;
- Приложения 44-67 «Таблицы соответствия клинико-статистических групп и диагнозов МКБ-10».
- Приложение 68 «Методика расчета стоимости (тарифа) для клинико-статистических групп заболеваний на основании федеральных стандартов медицинской помощи по основным заболеваниям населения автономного округа»;
- Приложение 69 «Методика расчета подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи»;
- Приложение 70 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования»;
- Приложение 71 «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 72 «Форма заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи» (рекомендуемый образец);
- Приложение 73 «Правила формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС»;
- Приложение 74 «Отчет о результатах финансовых расчетов за оказанную медицинскую помощь»;
- Приложение 75 «Протокол результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО».

Подписи сторон

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, главный врач БУ ХМАО-Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр»	_____	В.С. Кольцов
Член комиссии, директор Югорского филиала АО «Страховая компания «Согаз-Мед»	_____	А.А. Данилов
Член комиссии, первый заместитель генерального директора ОАО «СМК «Югория-Мед»	_____	В.А. Миронов
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. Суоров