

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
на 2018 год**

Содержание

Раздел I. «Общие положения»	4
Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи»	17
Раздел III. «Размер и структура тарифа на оплату медицинской помощи»	19
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования	19
Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях	19
Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов	21
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)	22
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.....	23
Раздел V. «Заключительные положения».....	24
Часть 1. Порядок взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории ХМАО – Югры	24
Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчётов участников обязательного медицинского страхования между ТФОМС, СМО и МО.....	24
Часть 3. Срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов.....	26
Часть 4. Процедура признания тарифного соглашения действующим	27
Часть 5. Список приложений к Тарифному соглашению	27

Тарифное соглашение (далее – Тарифное соглашение) заключено Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утверждённой постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 29 декабря 2011 года № 513-п (в редакции постановлений Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 10.08.2012 № 291-п, от 15.02.2013 № 47-п, от 09.08.2013 № 307, от 28.03. 2014 года №111-п, от 13.02.2015 N 31-п, от 13.05.2016 N 146-п, от 15.07.2016 № 258-п, от 02.12.2016 №476-п, от 27.01.2017 № 25-п, от 19.05.2017 № 196-п, от 02.11.2017 № 440-п) (далее – Комиссия) в составе:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Добровольский
Алексей Альбертович | - директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, председатель комиссии |
| Фучежи
Александр Петрович | - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры, секретарь комиссии |
| Нигматулин
Владислав Анварович | - заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры |
| Смирнов
Владимир Альбертович | - первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры |
| Кутефа
Елена Ивановна | - главный врач бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Окружная клиническая больница» |
| Полухин
Валерий Владимирович | - главный врач негосударственного учреждения здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Сургут ОАО «Российские Железные Дороги» |
| Данилов
Алексей Аркадьевич | - директор Югорского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» |
| Соловей
Максим Анатольевич | - директор Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» |
| Кичигин
Александр Васильевич | - президент некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры» |
| Иванникова
Елена Николаевна | - член некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры» |
| Меньшикова
Оксана Геннадьевна | - председатель Окружной организации профсоюза работников здравоохранения |
| Суровов
Александр Андреевич | - председатель Сургутской территориальной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации |

Раздел I. «Общие положения»

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

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

– Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее - Правила);

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

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

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

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

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования»;

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

– Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.12.2017 № 11-7/10/2-8616 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

– Проектом постановления Правительства ХМАО - Югры «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;

– Постановлением Правительства ХМАО - Югры от 09.10.2013 № 414-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Развитие здравоохранения на –2018-2025 годы и на период до 2030 года».

– Закон о бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов (далее – закон о бюджете ТФОМС Югры) принят Думой Ханты-Мансийского автономного округа –Югры от 23.11.2017 № 76-оз.

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

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

– Приказ Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

– Приказом Департамента Здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 29.10.2015 №13-нп «Об утверждении Примерного положения об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры». Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 11-7/10/2-8080 и 13572/26-2/и от 21.11.2017) с инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования (в дополнение к Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования).

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года, №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 г. № - 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. № 514н «О порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 г. № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации».

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 апреля 2013 г. № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью».

– И другими нормативными документами.

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

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

- тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТП ОМС, их состав и порядок применения;
- способы оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам в рамках ТП ОМС;
- порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – автономного округа) при оплате медицинской помощи;
- перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. Основные обязанности участников Тарифного соглашения.

Стороны, являющиеся сторонами настоящего Тарифного соглашения,

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

Органы исполнительной власти автономного округа обязуются осуществлять:

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

2) ТФОМС Югры обязуется осуществлять:

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

3) Страховые медицинские организации обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;

- осуществление оплаты медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;

- осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи в соответствии с условиями договоров на оказание медицинской помощи гражданам застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;

- осуществление защиты интересов застрахованных граждан;

- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;

- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4) Медицинские организации обязуются обеспечить:

- оказание качественной, доступной медицинской помощи в объемах и на условиях программы обязательного медицинского страхования населения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в 2018 году;

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;

- выполнение требований медицинской этики, деонтологии, врачебной тайны;

- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами;

- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5) Профессиональный союз медицинских работников обязуются обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере деятельности здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, совершенствования правового положения медицинских организаций, исходя из необходимости повышения уровня защищенности профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников отрасли;

- проведение информационной работы в медицинских организациях;

- контроль за соблюдением медицинскими организациями норм трудового законодательства;

- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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

- обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Ханты-Мансийского автономного округа -Югры, определяемых ТП ОМС в условиях максимально эффективного использования целевых финансовых средств обязательного медицинского страхования;

- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;

- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение: смещение значительного объёма 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;

- обеспечивать доступность и повышение качества медицинской помощи гражданам.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность.

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

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

Случай госпитализации - случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты

стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

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

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

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

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

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

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

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи - коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Посещение (посещение с профилактической целью, посещение в связи с заболеванием, посещения в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической, консультативной и лечебно-диагностической целью, с последующей записью в медицинской карте амбулаторного больного.

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

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

Обращение по заболеванию в амбулаторных условиях - это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, без учёта посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории субъекта Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

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

Повторные МЭК/МЭЭ/ЭКМП проводятся в случаях:

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

Стоматологическая помощь – медицинская помощь, направленная на профилактику, своевременную диагностику и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Первичный прием в стоматологии – первичное посещение пациентом специалиста стоматологического профиля в календарном году в одном МО. При этом в первичной медицинской документации должны быть:

- отражены состояния зубных рядов,
- определены индексы интенсивности кариеса,
- определены гигиенические индексы,
- отражены состояния краевого пародонта и слизистой оболочки полости рта,
- данные результата визуального онкоскрининга,
- составлен план обследования, лечения, и, при необходимости, консультаций и динамического наблюдения.

Повторный прием в стоматологии – второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по заболеванию. Повторным приемом считается также привлечение консультантов в рамках случая оказания медицинской помощи.

Повторным посещением на стоматологическом приеме является каждое последующее посещение в течение одного календарного года в одной медицинской организации.

Прием по диспансерному наблюдению в стоматологии – посещение врача-специалиста стоматологического профиля с целью динамического наблюдения за ранее пролеченным стоматологическим заболеванием.

Законченный случай в стоматологии - совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту при обращении за стоматологической помощью по поводу одного заболевания, при котором цель посещения/ посещений (консультация, лечебно-диагностическое, профилактическое посещение) достигнута. Сроком лечения считается период со даты начала до даты окончания лечения.

Незаконченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию с недостигнутым клиническим результатом лечения.

Посещение с профилактической целью - посещения пациентом врача-специалиста стоматологического профиля (зубного врача, гигиениста стоматологического), направленное на предупреждение развития стоматологических заболеваний.

Посещение по неотложной помощи в стоматологии – разовое посещение пациентом врача-специалиста стоматологического профиля (зубного врача) при островозникших и обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области, которая должна быть оказана на момент обращения пациента в медицинскую организацию.

Обращение по заболеванию в стоматологии – законченный случай в стоматологии по лечению одного стоматологического заболевания.

Законченный случай лечения в стоматологии по КСГ - предоставление стоматологической медицинской помощи по заболеванию с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, достижение ремиссии, восстановление коронки зуба и т.д.) при отсутствии клинических показаний для повторного обращения.

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание медицинской помощи у специалистов стоматологического профиля и равный 10 минутам.

Простая медицинская услуга (далее – ПМУ) - элементарная, неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент» + «специалист» = «1 элемент профилактики, диагностики или лечения».

Сложная медицинская услуга (далее – СМУ) - это набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установление диагноза или окончания проведения определенного этапа лечения». Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи со списком медицинских

организаций, оказывающих только диагностические услуги в амбулаторных условиях изложены в **приложении 32**.

Группа диагностических услуг (далее – ГДУ) - группа диагностических услуг сходных по технологии исполнения и методам диагностики.

7. Принципы системы оплаты медицинской помощи.

1) В целях установления размера и структуры тарифа на оплату медицинской помощи дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, осуществляется по следующим уровням:

первый уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

второй уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры;

третий уровень - медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

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

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

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

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

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

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

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

9) Актуализация диагноза в процессе наблюдения и лечения по одному случаю заболевания не приводит к формированию нового случая оказания медицинской помощи. При оказании медицинской помощи врачами разных специальностей (консультации, диагностические услуги и т.д.), в реестр медицинской помощи вносятся данные (код) лечащего врача и код медицинского работника, непосредственно оказывающего медицинскую услугу.

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

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

1) Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства ОМС, предусмотренные Законом Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 23.11.2017 № 76-оз «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов» в части финансового обеспечения Программы ОМС.

2) Финансовое обеспечение ТП ОМС формируется из двух основных источников: субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры, межбюджетного трансферта из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в рамках базовой программы. Процентное соотношение источников финансирования, рассчитывается на основании закона о бюджете ТФОМС Югры, утверждённых бюджетных назначений доходной части. В течение 2018 года необходимо детализировать учет финансового обеспечения ТП ОМС по источнику финансирования согласно процентному соотношению, с учетом особенностей. На 01.01.2018 года процентное соотношение, следующее:

- субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджету ТФОМС Югры 82 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС;

- межбюджетный трансферт из бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры 18 % от общей суммы средств, предусмотренных на финансовое обеспечение ТП ОМС.

Процентное соотношение может меняться исходя из корректировок утвержденных бюджетных назначений.

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

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

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

б) Ежемесячный мониторинг исполнения ТП ОМС учитывает:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- изменение юридического статуса медицинской организации;

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

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

- корректировки расходов АУП на обеспечение деятельности ТФОМС Югры;

- суммы фактических средств на ведение дела, направленных страховым медицинским организациям;

- прочих поступлений, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Раздел II. «Способы оплаты медицинской помощи»

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

1) при оплате первичной медико-санитарной, оказываемой в амбулаторных условиях:

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

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

Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной, оказываемой в амбулаторных условиях, с особенностями формирования реестров приведен в **приложении 32**.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате первичной медико-санитарной, оказываемой в амбулаторных условиях приведена в **приложении 6**.

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

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
- случай лечения заболевания в соответствии с нормативами финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленными для оплаты заболеваний, при которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, входящих в программу ОМС;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;
- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях с особенностями формирования реестров приведен в **приложении 34**.

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

- за законченный случай лечения заболевания, в том числе законченный случай медицинской реабилитации, включенный в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний;
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований;
- за отдельную медицинскую услугу при оказании услуг диализа по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, дополнительно к стоимости законченного случая лечения заболевания или прерванного случая оказания медицинской помощи, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу заболеваний.

Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров приведен в **приложении 33**.

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

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

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в **приложении 35**.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведена в **приложении 13**.

Порядок применения способов оплаты высокотехнологичной медицинской помощи приведен в **приложении 36**.

Особенности отдельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи изложены в **приложении 38** к настоящему Тарифному соглашению.

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 о бюджете ТФОМС ХМАО – Югры.

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

3) Тарифы на оплату медицинской помощи формируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, 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) 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).

5) Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по территориальной программе обязательного медицинского страхования и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования) по видам расходов согласно **приложению 37**.

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

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

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

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

- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам посещений по поводу заболевания при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/ восстановительной медицине при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;
- по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап;
- по тарифам проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап;
- по тарифам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего);
- по тарифам проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап.

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, в амбулаторных условиях составляет – 9 247,00 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет – 409,75 рублей в месяц.

Стоимость 1 УЕТ в стоматологии составляет 176,54 рубля.

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

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

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

5) Тарифы подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, формируются ежемесячно и

выносятся на утверждение комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

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

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

8) Тарифы проведения I этапа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних дифференцированы по полу и возрасту и установлены **приложениями 8-11** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

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

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

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

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

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

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

13) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях отражены в **приложении 31** к настоящему Тарифному соглашению.

14) Интегрированный коэффициент дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц отражен в **приложении 43** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

– в дневных стационарах составляет – 1 990 руб.;

– в стационарах составляет – 10 877,60 руб.

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

- в условиях дневных стационарах составляет –15 233 руб;
- в условиях круглосуточного стационара составляет – 43 307 руб.

Возмещение расходов МО на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания, дневных стационарах, стационарах на дому, ЦАХ) осуществляется согласно перечню клинико-статистических групп, коэффициентов относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (**приложения 14 - 15** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 12** к настоящему Тарифному соглашению).

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

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

4) 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.

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

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

1) Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, составляет – 1 485,25 руб. (в год).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 123,46 рублей в месяц.

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

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

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

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

3) Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена Приложением **13** к настоящему Тарифному соглашению.

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

4) Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Ханты-Мансийского автономного округа – Югры установлены **приложением 25** к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

5) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в **приложении 31** к настоящему Тарифному соглашению.

6) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций отражены в **приложении 16** к настоящему Тарифному соглашению.

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.

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

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

3) Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также для уплаты штрафов, определены Приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа (**приложение 26** к настоящему Тарифному соглашению).

Раздел V. «Заключительные положения»

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

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

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

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

4) Заявление о прикреплении к медицинской организации подается по рекомендуемой форме (**приложение 27** к настоящему Тарифному соглашению) на имя руководителя медицинской организации.

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

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

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

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

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

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

3) Медицинская организация (МО):

– Ведёт персонифицированный учёт сведений об оказанной медицинской помощи.

– Ведёт персонифицированный учёт сведений о прикреплении граждан к МО.

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

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

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

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

– В срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет в СМО счёт на оплату медицинской помощи, сформированный в соответствии с правилами формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 28** к настоящему Тарифному соглашению).

– При наличии отклоненных от оплаты случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклоненные ранее от оплаты реестры медицинской помощи в сроки, установленные настоящим Тарифным соглашением, в следующем отчетном периоде (согласно п. 128 Приказа МЗ СР РФ от 28.02.2011г. №158н).

– Оплата доработанных случаев медицинской помощи осуществляется по тарифам, утвержденным на дату представления доработанных реестров оказания медицинской помощи.

– В случае, если гражданин сменил в течение периода лечения страховую медицинскую организацию, оплату производит СМО, в которой пациент был застрахован на дату окончания лечения. В случае, если пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

4) Страховая медицинская организация (СМО):

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

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

финансирования медицинской помощи с начала года. Удержание осуществляется со счёта за текущий отчетный период.

– Не позднее 3-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем оплаты медицинской помощи за отчетный период, направляет в ТФОМС Югры информацию об оплаченных случаях медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи и оплаченных счетах. Информация предоставляется в виде электронных файлов в едином формате данных и подтверждается отчетом «Отчет о результатах финансовых расчётов за оказанную медицинскую помощь» по форме **приложения 29** к настоящему Тарифному соглашению. Суммы предъявленных МО счетов, суммы неоплаты (уменьшения оплаты) и суммы штрафов за нарушения (дефекты), выявленные при проведении СМО контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, в реестре оказанной медицинской помощи и в отчете должны совпадать.

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

5) ТФОМС Югры:

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

– В течение 1,2,3-го рабочих дней каждого месяца проводит ФЛК файлов-реестров медицинской помощи, представленных МО. В течение двух рабочих дней, после завершения ФЛК, размещает на информационном портале ТФОМС Югры результаты ФЛК.

– Проводит ФЛК файлов-реестров результатов контроля объёмов, 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 30** к настоящему Тарифному соглашению). ТФОМС формирует Протокол приёма данных от СМО в целях учёта результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО. Формирование протокола происходит в соответствии с принятыми от СМО данными по форме Таблицы 1 **приложения 30** к настоящему Тарифному соглашению, с нарастающим итогом, с начала года за текущий отчетный год и за последний предыдущий, с периодичностью один месяц.

Для детализирования протокола, на закрытом портале ТФОМС Югры, размещается в электронном виде отчёт об оплате счетов (таблица 2 к **приложению 30**).

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

– Организует контроль объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оказанной в МО лицам, застрахованным за пределами автономного округа. Выполняет функции страховщика при экспертизе счётов 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 2018 года, действует до 31 декабря 2018 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2018 года, в том числе начатые ранее.

2) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2018 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

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

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

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

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

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

8) Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Часть 4. Процедура признания тарифного соглашения действующим

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

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

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

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

Часть 5. Список приложений к Тарифному соглашению

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

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

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

– Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по уровням оплаты медицинской помощи»;

– Приложение 5 «Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат»;

- Приложение 6 «Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;
- Приложение 7 «Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;
- Приложение 8 «Тарифы проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап»;
- Приложение 9 «Тарифы проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;
- Приложение 10 «Тарифы проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап»;
- Приложение 11 «Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 12 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС»;
- Приложение 13 «Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи»;
- Приложение 14 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратноёмкости, управленческие коэффициенты и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2018 год»;
- Приложение 15 «Перечень Клинико-статистические групп заболеваний, коэффициенты относительной затратноёмкости, управленческие коэффициенты и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2018 год»;
- Приложение 16 «Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций»;
- Приложение 17 «Перечень случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров для которых установлен КСЛП»;
- Приложение 18 «Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными при сроке пребывания в стационаре более 45 дней»;
- Приложение 19 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по инструментальным методам диагностики и медицинских услуг»;
- Приложение 20 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по лабораторным методам диагностики и медицинских услуг»;
- Приложение 21 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2018 году»;
- Приложение 22 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2018»;
- Приложение 23 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев»;
- Приложение 24 «Тарифы на медицинские услуги при проведении диализа»;
- Приложение 25 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе обязательного медицинского страхования»;
- Приложение 26 «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 27 «Форма заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи» (рекомендуемый образец);

– Приложение 28 «Правила формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС»;

– Приложение 29 «Отчет о результатах финансовых расчётов за оказанную медицинскую помощь»;

– Приложение 30 «Протокол результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО»;

– Приложение 31 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи»;

– Приложение 32 «Порядок применения способов оплаты первичной медико - санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) с особенностями формирования реестров»;

– Приложение 33 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров»;

– Приложение 34 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с особенностями формирования реестров»;

– Приложение 35 «Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи»;

– Приложение 36 «Порядок применения способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи»;

– Приложение 37 «Виды расходов, оплачиваемые за счет средств обязательного медицинского страхования»;

– Приложение 38 «Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи»;

– Приложение 39 «Перечень клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

– Приложение 40 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;

– Приложение 41 «Состав клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;

– Приложение 42 «Простые и сложные медицинские услуги в стоматологии, не входящих в состав КСГ, и условия их применения»;

– Приложение 43 «Интегрированный коэффициент дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц»;

Подписи:

Председатель комиссии,
Директор Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Добровольский	_____	А.А.
Секретарь комиссии, директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	_____	А.П. Фучежи
Член комиссии, заместитель директора департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	_____	В.А. Нигматулин
Член комиссии, первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры	_____	В.А. Смирнов
Член комиссии, директор Югорского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	_____	А.А. Данилов
Член комиссии, директор Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» Соловей	_____	М.А.
Член комиссии, президент НП «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»	_____	А.В. Кичигин
Член комиссии, член НП «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»	_____	Е.Н. Иванникова
Член комиссии, председатель окружной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Меньшикова	_____	О.Г.
Член комиссии, председатель Сургутской территориальной организации профсоюза работников здравоохранения РФ	_____	А.А. Суровов