

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
на 2021 год**

Содержание

Раздел I. Общие положения.....	3
Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи.....	16
Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.....	19
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования.....	19
Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной 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).....	23
Часть 5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления (для медицинских организаций, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи)	24
Раздел IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.....	24
Раздел V. Заключительные положения	25
Часть 1. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов	25
Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению.....	26

Раздел I. Общие положения

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2021 год (далее – Тарифное соглашение) заключено, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», между:

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

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

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

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

профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Окружной организации профсоюза работников здравоохранения – Меньшиковой Оксаны Геннадьевны;

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

Стороны заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

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

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

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

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

– Постановление Правительства Российской Федерации от 28.12.2020 № 2299 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 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 Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

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

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

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

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

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

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 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»;

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

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

- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;
- Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования»;
- Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);
- Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;
- Проектом методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации);
- Постановление Правительства ХМАО-Югры от 29.12.2020 № 632-п «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов»;
- Постановлением Правительства ХМАО-Югры от 05.10.2018 № 337-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Современное здравоохранение»;
- Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 26.11.2020 № 107-оз «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2021 год и плановый период 2022 и 2023 годов»;
- Приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 29.10.2015 №13-нп «Об утверждении положения об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»;
- другими нормативными правовыми документами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), действующих в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ханты-Мансийском

автономном округе – Югре (далее также – ТП ОМС), порядок применения тарифов и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

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

– сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных ТП ОМС;

– 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 сторон Тарифного соглашения и участников обязательного медицинского страхования:

1) Депздрав Югры обязуется осуществлять:

– организацию лицензирования медицинской деятельности;

– обеспечение контроля качества оказываемой медицинской помощи;

– разработку объемов оказания медицинской помощи, контроль за их соблюдением;

– разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами межведомственного электронного взаимодействия;

– 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 целевого использования финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование;

– обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами межведомственного электронного взаимодействия;

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

3) Страховые медицинские организации (далее также – СМО) обязуются обеспечить:

- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- оплату медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;
- контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- осуществление защиты прав и законных интересов застрахованных лиц;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами информационного взаимодействия;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4) Медицинские организации (далее также – МО) обязуются обеспечить:

- оказание качественной, доступной медицинской помощи гражданам в объемах и на условиях ТП ОМС;
- использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;
- выполнение требований медицинской этики, деонтологии, врачебной тайны;
- информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами информационного взаимодействия;
- обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5) Профессиональный союз медицинских работников обязуется обеспечить:

- активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, в совершенствовании 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 соблюдения 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 автономного округа, определяемых ТП ОМС в условиях максимально эффективного использования целевых финансовых средств обязательного медицинского страхования;
- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение, смещение значительного объема помощи на внестационарный этап, сокращение

длительности пребывания больных в стационаре, усиление профилактической направленности в деятельности медицинских организаций, обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;

- способствовать приведению размера тарифов в соответствие нормативно обоснованным затратам на оказание медицинской помощи застрахованным лицам;
- обеспечивать доступность и повышение качества медицинской помощи.

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

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) – стоимость единицы объёма медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по 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 объёма 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). Клинико-статистические группы не применяются врачами-экспертами страховых медицинских организаций в качестве клинических рекомендаций для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

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

Базовая ставка – средний объём финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определённый исходя из нормативов объёмов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных Методическими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения).

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

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах, в случае

если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

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

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

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

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – 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 клинко-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинко-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 медицинской помощи, в том числе завершения ранее начатой.

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

Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц – информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре 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 сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Фактические объёмы предоставления медицинской помощи – объем (количество) фактически оказанных единиц объема медицинской помощи: медицинских услуг, посещений, обращений, вызовов скорой медицинской помощи, случаев госпитализации, комплексных посещений (диспансеризация, профосмотры), включенных в реестр оказанной медицинской помощи.

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

Расчетные объёмы 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 лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Посещение – контакт пациента с врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием и наделенным функциями лечащего врача в установленном порядке, по поводу страхового случая, включающий комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Обращение по заболеванию в амбулаторных условиях – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений, в том числе активно на дому, и медицинских манипуляций с диагностической и лечебной целью, по поводу одного заболевания, а также одно посещение в случае направления пациента в иную МО для оказания специализированной или диагностической помощи, либо прерванное лечение по инициативе пациента, если результат лечения не достигнут, 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.

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) в соответствии с зональным принципом, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением средств на финансовое обеспечение стоматологической медицинской помощи, посещений при оказании неотложной медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) – объём средств, определённый исходя из стоимости амбулаторной медицинской 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.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям (за исключением средств на финансовое обеспечение стоматологической медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) – объём средств, определённый исходя из стоимости медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего медицинскую 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 – установленное Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) количество единиц объёма медицинской помощи, сформированное на основании средних нормативов объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учётом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения автономного округа, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории автономного округа.

Плановые объёмы финансирования медицинской помощи – установленные Комиссией суммы на финансовое обеспечение медицинской помощи, соответствующие плановым объёмам предоставления медицинской помощи, с учетом средних нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС.

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 обязательного медицинского страхования автономного округа.

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

Первичный прием в стоматологии – первое посещение в календарном году пациентом специалиста стоматологического профиля (за исключением врача-ортодонта) в одной медицинской организации.

Повторный прием в стоматологии – каждое последующее посещение в календарном году пациентом специалиста стоматологического профиля в одной медицинской организации.

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

Случай в стоматологии – лечение у пациента стоматологических заболеваний, начавшийся от даты первичного или повторного приема врача-специалиста стоматологического и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав

КСГ, и законченный исходом «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен», «Лечение прервано по инициативе пациента»

Законченный случай в стоматологии – случай, начавшийся от даты первичного приема врача-специалиста стоматологического профиля в календарном году (за исключением врача-ортодонта) и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Выздоровление».

Исход «Выздоровление» идентичен стоматологическим исходам:

Здоров – пациент, имеющий кп, кп+КПУ, КПУ, равный нулю и не нуждающийся в лечении.

Ранее санирован – пациент, имеющий кп, кп+КПУ, КПУ, более 0 и не нуждающийся в лечении.

Санирован – пациент, завершивший терапевтическое и хирургическое лечение твердых тканей зубов.

В один календарный год пациент может иметь только один из трех стоматологических исходов (или здоров, или ранее санирован, или санирован) в одной медицинской организации.

Незаконченный случай в стоматологии – случай, начавшийся от даты первичного или повторного приема врача-специалиста стоматологического профиля и содержащий один или несколько приемов, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ, и законченный исходом «Лечение прервано по инициативе пациента».

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».

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

Направление на обследование, консультацию, восстановительное лечение, госпитализацию – документ, оформленный медицинской организацией-заказчиком и выданный застрахованному лицу с целью получения услуг в медицинской организации – исполнителе, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объема заказанных медицинских услуг.

Все иные термины и определения используются настоящим Тарифным соглашением в том значении, в котором они определены нормативными правовыми актами, регулирующими сферы охраны здоровья и обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.

7. Принципы 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 и (или) структурных подразделений медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТП 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;

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 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.

Отнесение МО к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ХМАО-Югры объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

2) 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 на оплату медицинской помощи, действующим на дату окончания случая оказания медицинской помощи. В случае отсутствия реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оплата оказанной медицинской помощи медицинским организациям не осуществляется вне зависимости от способа ее оплаты.

3) Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории автономного округа, осуществляется СМО в соответствии с лицензией медицинской организации на медицинскую деятельность, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по установленным способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учётом требований Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по

обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок контроля) и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

4) Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями на территории 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 Российской Федерации в соответствии с Правилами ОМС.

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

6) 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 оказания медицинской помощи, предусмотренного настоящим Тарифным соглашением. МО – исполнитель, не имеющая прикрепленного населения, либо при оказании медицинских услуг пациенту, прикрепленному к иной медицинской организации, включает объем оказанной помощи в реестр медицинской помощи, при наличии направления от МО, к которой прикреплен пациент (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, центрах здоровья, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

7) 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.

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

9) Финансирование фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, осуществляется в соответствии с нормативами утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и плановый

период 2022 и 2023 годов» с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанным в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

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

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

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

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

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

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами ХМАО-Югры, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии).

Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

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

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

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

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы 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, оказании услуг диализа.

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

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

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы 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, оказании услуг диализа.

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

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 автономном округе, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в **приложении 4** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи;

– При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), а также средства на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов.

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

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

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

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- по тарифам групп отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

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 10 920,90 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 566,17 рублей в месяц.

Стоимость 1 УЕТ в стоматологии составляет 201,01 рубля.

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

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

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

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

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

7) Тарифы проведения I этапа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров дифференцированы по полу и возрасту и установлены **приложениями 17-20** к настоящему Тарифному соглашению.

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

– для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- в дневных стационарах составляет 2 741,25 руб.;
- в стационарах составляет 11 431,89 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка без учета коэффициента дифференциации – 1,752):

- в условиях дневных стационаров составляет 13 285,02 руб.;
- в условиях круглосуточных стационаров составляет 23 456,23 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка с учетом коэффициента дифференциации – 1,752):

- в условиях дневных стационаров составляет 23 275,36 руб.;
- в условиях круглосуточных стационаров составляет 41 095,31 руб.

Возмещение расходов МО на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания, дневных стационарах, стационарах на дому, центрах амбулаторной хирургии), осуществляется согласно перечню клинико-статистических групп, коэффициентов относительной затроемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (**приложения 23-24** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 29** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при проведении диализа (**приложение 30** к настоящему Тарифному соглашению).

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

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

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

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

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

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

1) Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 640,83 руб. (в год).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 136,49 рублей в месяц.

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

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

– по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

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

3) Методика расчёта подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена **приложением 8** к настоящему Тарифному соглашению.

4) Тарифы подушевого финансирования скорой медицинской помощи формируются ежемесячно ТФОМС Югры, исходя из объёма финансирования медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанного на одну единицу обслуживаемого медицинской организацией населения. Тарифы подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи выносятся на согласование представителям сторон.

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

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

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

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

1) Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления составляет 1 088,88 рублей в месяц.

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

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

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

– по тарифам медицинских услуг в стоматологии;

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

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

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

6) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций отражены в **приложении 39** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1) ТФОМС Югры и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 Федерального закона осуществляют контроль объёмов, сроков, качества и условий

предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования.

2) Порядок контроля и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) за нарушения, выявленные ТФОМС Югры или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования, установлены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.02.2019 № 36 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3) Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определены настоящим Тарифным соглашением в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования» и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа (**приложение 12** к настоящему Тарифному соглашению).

Раздел V. Заключительные положения

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

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

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

3) Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2021 года, действует до 31 декабря 2021 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2021 года, в том числе начатые ранее.

4) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2021 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

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

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

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

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

9) Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Часть 2. Список приложений к Тарифному соглашению

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

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

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

– Приложение 4 «Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи»;

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

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

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

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

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

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

– Приложение 11 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат 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 (для случаев оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в дневном стационаре, в стационаре, скорой медицинской помощи вне медицинской организации (СМП))»;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

– Приложение 21 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по инструментальным методам диагностики и медицинских услуг»;

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

– Приложение 23 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратоемкости, управленческих коэффициентов и

размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

– Приложение 24 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратоемкости, управленческих коэффициентов и размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

– Приложение 25 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС»;

– Приложение 26 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС»;

– Приложение 27 «Перечень случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, для которых установлен КСЛП»;

– Приложение 28 «Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым, считаются сверхдлительными, при сроке пребывания в стационаре более 45 дней»;

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

– Приложение 30 «Тарифы на медицинские услуги при проведении диализа»;

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

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

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

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

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

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

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

– Приложение 38 «Дифференцированные коэффициенты подушевого финансирования скорой медицинской помощи»;

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

Подписи сторон:

Директор Департамента
Здравоохранения Ханты-Мансийского
Автономного округа – Югры

А.А. Добровольский

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

А.П. Фучежи

Директор Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

М.А. Соловей

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

И.Ю. Кузнецова

Председатель правления Некоммерческого
Партнерства «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»

В.А. Гильванов

Председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова