

**Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении, порядка применения способов оплаты медицинской помощи с особенностями формирования реестров счетов на ее оплату и методики расчета размера подушевых нормативов финансирования**

**Раздел I. Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении**

**1.1. 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.

**1.2. 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 в круглосуточном стационаре (случай лечения в дневном стационаре) – случай диагностики и 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 относительной затратноёмкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в группу заболеваний, состояний, который без учета коэффициента дифференциации устанавливается не ниже минимальных размеров базовых ставок, установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой в составе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Коэффициент относительной затратноёмкости – устанавливаемый Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи коэффициент,

отражающий отношение стоимости конкретной КСГ к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для субъекта Российской Федерации и/или отдельных территорий субъекта Российской Федерации (используемый в расчетах в случае, если коэффициент дифференциации не является единым для всей территории субъекта Российской Федерации).

Коэффициент доступности – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий доступность медицинской помощи для субъекта Российской Федерации.

Поправочные коэффициенты – устанавливаемые на территориальном уровне: коэффициент специфики, коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициент сложности лечения пациентов;

Коэффициент специфики – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий корректировать тариф КСГ с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной КСГ.

Коэффициент уровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня медицинской организации – устанавливаемый на территориальном уровне коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленных объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, применяемый 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 Методическими 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 (далее – автономный округ) 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.

Направление – документ, оформляемый лечащим врачом медицинской организации в соответствии с учетной формой № 057/у-04, утвержденной Приказом Минздравсоцразвития России

от 22.11.2004 № 255, и выдаваемый пациенту с целью получения им медицинской помощи, на основании которого формируются реестры счетов на оплату медицинской помощи, включающие в себя персонифицированные сведения о застрахованных лицах и об оказанной застрахованным лицам в отчетном периоде медицинской помощи. Первый экземпляр направления или его копия в обязательном порядке хранится в медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь. В электронном виде направление оформляется в соответствии с Порядком ведения регионального реестра Направлений (далее – Порядок) в соответствии с приказом ТФОМС Югры. При этом во всех случаях направления в плановой форме из любых условий оказания медицинской помощи, МО-заказчик публикует (размещает) направление в электронном виде в «Региональном реестре направлений в системе ОМС» на информационном ресурсе ТФОМС Югры, а МО-исполнитель указывает данные направления в реестре счетов на оказанную медицинскую помощь.

Медицинские организации – заказчики (далее – МО-заказчики) – медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, центры/отделения общей (семейной) врачебной практики, стационарные отделения медицинских организаций в случаях, установленных настоящим Порядком) любой формы собственности, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, направившие пациента в медицинскую организацию – исполнителя для выполнения диагностических инструментальных и лабораторных исследований, а также иных видов медицинской помощи, предусмотренных Тарифным соглашением.

Медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители – медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, центры/отделения общей (семейной) врачебной практики) любой формы собственности, оказывающие медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов, по направлениям, выданным МО-заказчиком по учетной форме № 057/у-04 и внесенным в Электронный региональный реестр направлений (далее – ЭРРН), в соответствии с Требованиями к форме и содержанию направления на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию в форме электронного документа, утвержденными приказом Депздрава Югры и ТФОМС Югры (далее – направление, требования к форме и содержанию направления).

Фактические объемы 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, диспансерное наблюдение), включенных в реестр оказанной медицинской помощи.

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

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

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

Неприкреплённое население – застрахованные на территории автономного округа граждане, прикреплённые к другим медицинским организациям или не прикреплённые 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 объема 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.

КП зубов – сумма кариозных и пломбированных временных зубов.

КПУ зубов – сумма кариозных, пломбированных и удаленных постоянных зубов у обследуемого (зуб, имеющий одновременно кариозную полость и пломбу, считается кариозным).

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.

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.

## **Раздел II. Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи), оказываемой в амбулаторных условиях, с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи**

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

2.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи:

2.1.1. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на финансовое обеспечение:

первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) лицам, застрахованным на территории автономного округа, в части оказания медицинской помощи по поводу заболеваний, посещений с профилактической целью, в том числе выписки рецептов, выдача справок и других медицинских документов, за исключением расходов, поименованных в пункте 2.1.2. настоящего раздела;

первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами по специальностям «Акушерство и гинекология», «Ревматология», «Гериатрия», «Гематология», «Аллергология и иммунология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Онкология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Нейрохирургия», «Дерматовенерология», «Гастроэнтерология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Неврология», «Нефрология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Колопроктология», «Пульмонология», «Травматология-ортопедия», «Урология», «Хирургия» и «Эндокринология» лицам, застрахованным на территории автономного округа, в части оказания медицинской помощи по поводу заболеваний, посещений с профилактической целью, в том числе выписки рецептов,

выдача справок и других медицинских документов, за исключением расходов, поименованных в пункте 2.1.2. настоящего раздела;

назначенные вышеуказанными врачами и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги, услуги параклинических подразделений, за исключением расходов, поименованных в пункте 2.1.2. настоящего раздела;

консультаций медицинским психологом ветеранов боевых действий, его (ее) супруги (а), а также супруги (а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, а также лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

2.1.2. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

на стоматологическую медицинскую помощь;

на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам автономного округа за пределами территории страхования;

на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам автономного округа;

на оплату 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скintiграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в амбулаторных условиях;

на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по профилю «Медицинская реабилитация», в том числе с использованием телемедицинских технологий при проведении медицинской реабилитации на дому;

на оплату профилактических медицинских осмотров взрослых и несовершеннолетних;

на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (I и II этап);

на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

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

на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов;

на медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению, в том числе с использованием телемедицинских технологий;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

на оплату анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) детям при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, взрослым при проведении эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия);

на оплату внутривенного введения лекарственных препаратов для тромболитической терапии;

на оплату дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов;

на оплату радиоизотопной диагностики, генетических и цитогенетических исследований, электродиагностику головного мозга и нервов, электродиагностику мышц и нервов;

на оплату расшифровки, описания и интерпретации данных электрокардиографических исследований с применением телемедицинских технологий;

на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение.

Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании представлен в Приложении 4 к Тарифному соглашению.

2.1.3. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, а также медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.4. На территории автономного округа применяются следующие виды тарифов за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

по тарифам посещений с профилактической целью при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам обращений/посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам групп диагностических медицинских услуг (ГДУ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам отдельных диагностических исследований (ОДИ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению)

по тарифам медицинских услуг немедикаментозных методов лечения из разделов, входящих в клинические рекомендации при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, в составе случая обращения по заболеванию (Приложение 8 к Тарифному соглашению)

по тарифам комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам медицинских услуг в стоматологии (Приложения 26, 28 к Тарифному соглашению);

по тарифам профилактических медицинских осмотров (Приложение 9 к Тарифному соглашению);

по тарифам профилактических осмотров несовершеннолетних (Приложение 10 к Тарифному соглашению);

по тарифам диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение 9 к Тарифному соглашению);

по тарифам углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) (Приложение 13);

по тарифам диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (Приложение 14 к Тарифному соглашению)

по тарифам диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение 11 к Тарифному соглашению);

по тарифам диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью (Приложение 12 к Тарифному соглашению);

по тарифам групп диспансерного наблюдения (ГДН) отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам комплексных посещений школы для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифу анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам внутривенного введения лекарственных препаратов для тромболитической терапии (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

по тарифам оказания медицинской помощи с использованием искусственного интеллекта при проведении функциональных исследований (Приложение 40 к Тарифному соглашению).

Оплата медицинской помощи по тарифам с использованием искусственного интеллекта при проведении функциональных исследований в амбулаторных условиях осуществляется при оформлении бланка направления для всех случаев оказания медицинской помощи с использованием искусственного интеллекта с обязательным внесением в региональный регистр направлений.

2.1.5. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) (Приложение 8 к Тарифному соглашению).

Финансирование фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, осуществляется по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации утвержденному постановлением Правительства Российской Федерации «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и плановый период 2027 и 2028 годов» с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанным в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Перечень медицинских организаций, имеющих фельдшерские/фельдшерско-акушерские пункты представлен в Приложении 7 к Тарифному соглашению.

2.2. Медицинские организации ежемесячно представляют реестр счетов на оплату медицинской помощи, сформированный из случаев оказания медицинской помощи застрахованным лицам, включающих оказанные медицинские услуги по одному поводу обращения за медицинской помощью, по утверждённым в установленном порядке тарифам.

2.3. Законченный случай, оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в реестре счетов состоит из случая, содержащего оказанные услуги застрахованному лицу: посещений врачей и/или средних медицинских работников (ведущих самостоятельный амбулаторный приём), оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, и/или лечебных и диагностических услуг по тарифам ГДУ, и/или услуг по профилактике заболеваний, включая проведение вакцинации, углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, диспансерного наблюдения в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации. Услуги 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды скintiграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в рамках законченного случая в реестре счетов формируются отдельным случаем (записью), содержащим оказанные услуги застрахованному лицу.

При оказании анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) детям при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, взрослым при проведении эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия) в случай включается услуга B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)». При одновременном проведении эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии, в случай реестра включается 1 услуга B01.003.004 «Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)» (Приложение 8 к Тарифному соглашению).

При оказании медицинской помощи с внутривенным введением лекарственных препаратов для тромболитической терапии формируется два отдельных случая в рамках одного законченного случая. Первый состоит из посещения при оказании неотложной помощи и предъявляется на оплату по тарифу TPNPV.010.1 «Посещение терапевта (участковый, врач общей практики, прочие врачи терапевтического профиля, не перечисленные в других разделах)» или TPNPV.140.1 Посещение фельдшера (акушера), второй из услуги A11.12.003.002 «Внутривенное введение лекарственных препаратов для тромболитической терапии» и предъявляется на оплату по тарифу тромбозиса (Приложение 8 к Тарифному соглашению) с оплатой за услугу.

2.4. Не допускается формирование отдельных случаев и их включение в реестр счетов на оплату медицинской помощи по одному поводу обращения за медицинской помощью, в том числе при одном заболевании и его осложнении, в одной медицинской организации за отчетный период:

консультативных приемов врачей-специалистов как обращения по заболеванию и/или посещений с профилактической целью, если данная консультация назначена в рамках выполнения

стандарта оказания помощи по заболеванию, явившемуся причиной обращения за медицинской помощью;

в случае хронического заболевания требующего длительного наблюдения, в течение одного отчетного периода (календарный месяц).

2.5. При оплате медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи стоимость медицинской помощи складывается исходя из фактически оказанных объемов услуг. При этом тариф за единицу объема первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях, является единым для всех медицинских организаций автономного округа, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

2.6. Услуги посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, предъявляются на оплату по тарифам посещений, соответствующих цели обращения за медицинской помощью (с профилактической целью, по неотложной помощи, по заболеванию).

2.7. За единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу по тарифам, в реестр счетов медицинской организации так же включается медицинская помощь в следующих случаях:

посещение пациента на дому;

осмотр пациента заведующим отделением и (или) заместителем главного врача по медицинской части если он проводит самостоятельный врачебный прием с последующей его записью в карте амбулаторного пациента (назначение лечения, записи динамического наблюдения, постановка диагноза и другие записи);

обращение с целью подбора и назначения способа контрацепции;

динамическое наблюдение за контактными лицами в эпидемиологическом очаге (источник инфекции);

врачебные осмотры при проведении второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;

врачебные осмотры при проведении второго этапа диспансеризации определенных категорий граждан;

врачебные осмотры при проведении диспансерного наблюдения лиц с хроническими заболеваниями;

проведение обязательных диагностических исследований и оказание медицинской помощи проводимой в МО гражданам, при постановке на воинский учёт, призыве или поступлении на военную службу или приравненную к ней службу по контракту, поступлении в военные профессиональные организации или военные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу по видам медицинской помощи, включенным в ТП ОМС, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе.

2.7.1. Проведение услуг по углубленной диспансеризации граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), по стоимости тарифа при проведении I и II этапов углубленной диспансеризации.

2.7.2. Проведение услуг по профилактическим медицинским осмотрам.

2.7.3. Проведение услуг по профилактическим осмотрам несовершеннолетних.

2.7.4. Проведение услуг по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

2.7.5. Проведение услуг по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

2.7.6. Проведение услуг диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью.

2.7.7. Проведение услуг по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья.

2.8. Посещение с профилактической целью в реестре медицинской помощи, формируется как один случай, содержащий не менее одного посещения врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений с профилактической целью, а также фактически выполненные диагностические услуги/исследования (за исключением услуг 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)).

2.9. Посещение при оказании неотложной помощи формируется в реестре медицинской помощи, как случай, содержащий посещение одного или нескольких врачей разных специальностей (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме и все необходимые диагностические исследования в день обращения в приемном отделении и/или в амбулаторных условиях медицинской организации, по тарифам посещений неотложной помощи.

2.9.1. В случае повторного посещения врача терапевта участкового, врача педиатра участкового, врача общей практики (медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный приём) в неотложной форме, в период открытого случая обращения по поводу одного заболевания в одной медицинской организации, данное посещение формируется в реестре медицинской помощи в рамках случая обращения по поводу заболевания.

2.9.2. Включение в реестр медицинской помощи случаев оказания медицинской помощи пациентам в приёмных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения специалиста соответствующего профиля в неотложной форме.

2.10. Обращение по поводу заболевания в реестре медицинской помощи – это законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений) врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием соответствующего профиля), включающий лечебно-диагностические (за исключением услуг 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)), а также реабилитационные

мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Стоимость обращения по поводу заболевания, посещения по заболеванию складывается из тарифов обращений (законченный случай) по заболеванию, тарифов посещений по заболеванию (консультативные посещения врачей специалистов), тарифов групп диагностических услуг (лабораторных, инструментальных), стоимости дистанционных консультаций при инфекционном заболевании, которые оплачиваются по тарифам посещений по заболеванию.

Случаи обращения по заболеванию продолжительностью от двух суток и более, состоящие из единичного посещения медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование и единичных посещений врачей разных специальностей, подлежит оформлению в реестре с применением тарифа обращения (законченный случай) по профилю лечащего врача, и прочих тарифов посещений по заболеванию (консультативные посещения врачей специалистов).

2.10.1. Посещения по заболеванию в реестре медицинской помощи – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, содержащий одно посещение врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём) или дистанционную консультацию при инфекционном заболевании, а также выполненные диагностические услуги/исследования (за исключением услуг 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)), который оплачивается по тарифам посещений по заболеванию.

2.11. Медицинская помощь по установленным тарифам на каждую выполненную единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), оказанная по направлению из другой МО, подлежит оплате МО-исполнителю при условии наличия в Региональном реестре направлений актуального направления от МО-заказчика, с указанием соответствующего источника направления в электронном формате совпадающее с внесенным МО-исполнителем в реестр оказанной медицинской помощи.

Итоговое определение модели (механизма) источника оплаты происходит автоматизировано по условиям, указанным в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению с учетом процедур, предусмотренных порядком информационного обмена.

2.12. Оплата прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (за исключением патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) осуществляется по тарифам групп прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала. При отнесении случая выполнения прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала к определенной группе необходимо руководствоваться Правилами проведения патологоанатомических исследований, утвержденные Приказом МЗ РФ от 14.04.2025 № 207-н.

2.13. Назначение 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С)) осуществляется врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную, при наличии медицинских показаний, в соответствии с утвержденным порядком маршрутизации пациентов для направления на указанные диагностические исследования.

2.13.1. Тариф «Компьютерная томография без контрастирования» – исследование одной анатомической зоны (органы грудной полости; органы брюшной полости; костно-суставной системы, один сегмент и т.д.), не требующее контрастирования, или с внутрисполостным введением контрастного препарата (per os, per rectum), в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительная услуга не подается в реестр медицинской помощи. Например, при обследовании органов грудной клетки и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или ребер, и/или грудины услуга на оплату подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография без контрастирования».

2.13.2. Тариф «Компьютерная томография с контрастированием одной анатомической зоны» – исследование одной анатомической зоны (органы грудной полости; органы брюшной полости; костно-суставной системы, один сегмент), требующее контрастирование, в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. В стоимость тарифа включено сканирование без контрастирования (нативное исследование) и сканированием с внутривенным введением контрастного препарата. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительный тариф оплате не подлежит. Например, при обследовании органов грудной клетки с контрастированием и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или ребер, и/или грудины, при обследовании сердца (КТ-коронарография) с контрастированием и необходимости расчета коронарного кальция услуга на оплату подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография с контрастированием одной анатомической зоны».

2.13.3. Тариф «Компьютерная томография с контрастированием двух и более анатомических зон» – исследование двух и более анатомических зон (органы грудной полости и органы брюшной полости; органы брюшной полости и забрюшинного пространства; сосуды шеи и сосуды головного мозга и т.д.), требующее контрастирование, в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. В стоимость тарифа включено сканирование без контрастирования двух и более анатомических зон (нативное исследование) и сканирование с внутривенным введением контрастного препарата двух и более анатомических зон. При обследовании двух и более анатомических зон с контрастированием и необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, дополнительный тариф оплате не подлежит. Например, при обследовании органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов забрюшинного пространства с контрастированием и необходимости обследования грудного отдела позвоночника и/или поясничного отдела позвоночника, и/или ребер, и/или грудины услуга подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография с контрастированием двух и более анатомических зон».

2.13.4 Тариф «МРТ диагностика без контрастирования» – исследование одной анатомической зоны (органы малого таза, органы брюшной полости, костно-суставной системы, один сегмент и т.д.) не требующее контрастирования или с внутрисполостным введением контрастного препарата (per os, per rectum) в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону

сканирования, необходимо указать ведущие патологические изменения и рекомендовать дообследование зоны интереса, как дополнительную услугу.

2.13.5 Тариф «МРТ диагностика с контрастированием» – исследование одной анатомической зоны (органы малого таза, органы брюшной полости, костно-суставной системы, один сегмент) требующее контрастирование в плановом порядке при оказании первичной медико-санитарной помощи. В стоимость тарифа включено сканирование без контрастирования (нативное исследование) и сканирование с внутривенным введением контрастного препарата. При необходимости обследования иной системы, входящей в зону сканирования, необходимо указать ведущие патологические изменения и рекомендовать дообследование зоны интереса, как дополнительную услугу.

2.14. В случае лечения в стационаре и необходимости выполнения в этот период медицинских услуг в других МО, и в референс-центрах, оплата осуществляется в рамках любой модели межучрежденческих расчётов (через СМО или по договору), между МО направившей на исследование и МО, выполнившей исследование.

2.15. Услуги по вакцинопрофилактике включаются в реестр медицинской помощи по тарифу «Вакцинация». Проведение осмотра врачом-специалистом перед вакцинацией не включено в стоимость тарифа «Вакцинация» и подлежит включению в реестр медицинской помощи по тарифу посещения врача соответствующей специальности с профилактической целью.

2.15.1. Услуги вакцинации формируются в реестре медицинской помощи как случай, содержащий фактически выполненный объём медицинских, диагностических услуг (исследований) по соответствующим тарифам.

2.16. Обследование на кишечные инфекции перед плановой госпитализацией в стационар одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя для осуществления ухода: за больным ребёнком-инвалидом независимо от наличия медицинских показаний, больным ребёнком до достижения им возраста 4 лет независимо от наличия медицинских показаний, больным ребёнком старше 4 лет при наличии медицинских показаний, включается отдельным случаем в реестр медицинской помощи по тарифу соответствующей диагностической услуги, в том числе без услуги посещения врача.

2.17. Посещения с целью патронажа, наблюдения женщины по беременности (неосложненное течение) в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как один случай посещения с иной целью. В случае наблюдения женщины при осложненном течении беременности в отчетном периоде (календарном месяце) формируются в реестре медицинской помощи как обращение по заболеванию.

2.18. При несостоявшейся повторной явке пациента на приём, назначенный врачом, в медицинской документации производится соответствующая запись, и завершение (окончание, закрытие) случая оказания медицинской помощи оформляется в реестре медицинской помощи:

датой несостоявшейся явки;

датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

Поле «RSLT» - «Результат обращения/ госпитализации» заполняется значением «302» - «Лечение прервано по инициативе пациента».

Если в медицинской документации отсутствует информация о назначении повторной явки на приём на определенную дату, то случай оказания медицинской помощи может быть завершён:

– датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

2.19. Оплата исследований на ВИЧ производится только в том случае, если в реестр подана медицинская услуга A26.06.049.001 «Исследование уровня антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена p24 (Human immunodeficiency virus HIV 1/2 + Agp24) в крови» с обязательным заполнением поля атрибута «комментарий к услуге»: код 109 (Беременные, роженицы и родильницы), 114 (Больные с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции, СПИД-индикаторных заболеваний), 116 (Обследованные на ВИЧ в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (кроме больных гепатитом В,С), 117 (Лица с подозрением или подтвержденным диагнозом гепатита В и гепатита С).

2.20. Плановая медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических условиях в медицинских организациях частной формы собственности, не имеющих прикрепленного населения (за исключением стоматологической медицинской помощи, медицинской помощи по профилю «офтальмология», онкологического скрининга органов женской репродуктивной системы в АНО «МЦ «Белая Роза – Сибирь» по комплексным тарифам раздела 19 приложения 8 к Тарифному соглашению), включая посещения с профилактической целью, оказывается в рамках установленных Комиссией по разработке ТП ОМС объемов медицинской помощи и (или) финансового обеспечения, в том числе по направлению врача медицинской организации к которой прикреплено застрахованное лицо.

В случае превышения установленных Комиссией по разработке ТП ОМС объемов медицинской помощи и (или) финансового обеспечения оплата, указанной в настоящем пункте медицинской помощи, будет производиться посредством перераспределения за счет средств направляющей медицинской организации.

В случае превышения установленных Комиссией по разработке ТП ОМС объемов медицинской помощи и (или) финансового обеспечения и при отсутствии направления врача медицинской организации к которой прикреплено застрахованное лицо оплата указанной в настоящем пункте медицинской помощи производиться не будет.

2.21. Тарифы комплексных посещений в рамках онкологического скрининга органов женской репродуктивной системы дифференцированы по объему выполняемых услуг и учетом предполагаемой группы здоровья женщины.

I группа здоровья – женщины, у которых не установлены хронические гинекологические заболевания, отсутствуют факторы риска их развития.

II группа здоровья – женщины, у которых не установлены гинекологические заболевания, но имеются факторы риска их развития (вредные привычки, хронические соматические заболевания, влияющие на репродуктивную систему).

III группа здоровья – женщины, имеющие гинекологические заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

В зависимости от результатов скрининга и группы здоровья выполняются требования по установленной маршрутизации в медицинскую организацию соответствующего уровня с учетом установленных сроков.

### **Оплата стоматологической помощи**

2.22. Затраты медицинских организаций на оказание стоматологической помощи в амбулаторных условиях не включены в подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц.

2.23. Оплата стоматологической помощи осуществляется за законченный случай по тарифам услуг КСГ (Приложение 25 к Тарифному соглашению), разработанными в соответствии с Классификатором основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ (Приложение 26 к Тарифному соглашению), а также тарифам простых медицинских услуг (ПМУ) и сложных медицинских услуг (СМУ), не входящих в состав КСГ (Приложение 28 к Тарифному соглашению).

2.24. Тарифы КСГ и тарифы ПМУ и СМУ определены в УЕТ.

2.25. Перечень и наполнение (услугами) КСГ при оказании стоматологической помощи взрослому и детскому населению автономного округа в системе ОМС определен Приложением 27 к Тарифному соглашению.

2.26. Стоимость 1 УЕТ утверждена настоящим Тарифным соглашением (пункт 3.8. часть 2 Раздел III).

Стоимость УЕТ, используемая при оплате медицинской помощи, является единой при оплате медицинской помощи, оказанной как взрослому, так и детскому населению, и может

отличаться только за счет применения коэффициента дифференциации по территории оказания медицинской помощи. Стоимость УЕТ без учета коэффициента дифференциации рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{УЕТ} = \text{ЗП}_{\text{мин}} \times 10 \text{ мин.} \times \text{К}_{\text{ЛУП}} \times \text{К}_{\text{накл}},$$

где:

$\text{ЗП}_{\text{мин}}$  объем затрат на оплату труда медицинского персонала, принимающего непосредственное участие в оказании медицинской помощи (медицинской услуги), в расчете на 1 минуту (без учета коэффициента дифференциации) с учетом доли средств обязательного медицинского страхования в фонде оплаты врачей и среднего медицинского персонала, составляющей 83 процента, рублей;

$\text{К}_{\text{ЛУП}}$  поправочный коэффициент, применяемый в целях учета доли средств на оплату труда административного и управленческого персонала медицинской организации, не принимающего непосредственного участия в оказании медицинской помощи (используется значение 1,25);

$\text{К}_{\text{накл}}$  поправочный коэффициент, применяемый в целях учета накладных расходов, в том числе на приобретение медикаментов и перевязочных средств, при оказании амбулаторной стоматологической помощи (используется значение 1,21).

2.27. При формировании реестра счетов по законченным случаям оказания медицинской помощи применяется стоимость УЕТ, действующая на момент окончания лечения.

2.28. Особенности формирования реестров за оказанную стоматологическую помощь:

2.28.1. Объем оказания первичной медико-санитарной специализированной и доврачебной стоматологической помощи, оказанной пациентам в амбулаторных условиях, в реестрах счетов формируется на основании действующих КСГ (Приложение 25 к Тарифному соглашению), ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ (Приложение 28 к Тарифному соглашению) и выраженных в УЕТ.

2.28.2. С целью персонифицированного учета стоматологической помощи реестры представляются в электронном виде, по утверждённому формату.

2.28.3. При формировании реестра необходимо указывать:

вид посещения (с профилактической и иными целями, по неотложной помощи, обращение по заболеванию);

диагноз по международной классификации болезней X пересмотра;

сегмент, номер зуба и локализацию при КСГ: 4, 5, 6, 12.1, 12.2, 13.1, 13.2, 14.1, 14.2;

сегмент и номер зуба при КСГ STM02 (при диагнозе K04.0, K04.1, K04.2, K04.3, K04.9, K04.4, K04.5, K04.6, K04.7, K00.63, K04.8, K04.9, S03.2, S02.5, K08.3, K10.3, K05.2, K05.22, K05.32, K10.2), STM03, STM11, STM17, STM18, STM19, STM26, STM27 (при диагнозе: K10.2, K10.3, K05.22, K05.32), STM31;

код КСГ;

код ПМУ и/или СМУ, подаваемых вне КСГ;

УЕТ соответствующие к примененным КСГ, ПМУ, СМУ;

исход;

дополнительный исход.

Законченный случай оказания медицинской помощи оформляется в реестре медицинской помощи без КСГ, если пациент здоров или ранее санирован (исход «Выздоровление») и ему проводится только стоматологический осмотр.

2.28.4. Формирование реестра проводится по случаям, закончившимся в отчетный период с исходами «Выздоровление», «Улучшение», «Ремиссия», «Без перемен», «Лечение прервано по инициативе пациента», независимо от даты открытия случая. В состав случая входят все оказанные ПМУ, СМУ, КСГ за время лечения пациента до вышеуказанных исходов.

2.28.5. Особенности формирования реестра при различных видах посещений:

посещение с профилактической и иными целями должно содержать не более одного приема, одну или несколько КСГ (или без КСГ), простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ,

посещение по неотложной помощи должно содержать не более одного приема, КСГ №2, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ,

обращение по заболеванию должно содержать более одного приема, одну или несколько КСГ, простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ.

2.28.6. Врач-специалист стоматологического профиля, совмещающий в одной медицинской организации свою работу по нескольким стоматологическим специальностям, ведет учет своей деятельности по основной ставке и ставке совместительства под разными кодами специальностей.

2.28.7. Сложные медицинские услуги (класс «В») «Прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)...первичный» направляются на оплату один раз в календарном году, при первичном обращении пациента за стоматологической помощью к соответствующему специалисту стоматологического профиля в одной медицинской организации.

2.28.8. При повторных (последующих) посещениях пациентами специалистов стоматологического профиля в календарном году в одной медицинской организации в реестр включаются сложные медицинские услуги «Прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)...повторный».

2.28.9. В случае явки на прием пациента, состоящего на динамическом диспансерном наблюдении у врачей-специалистов стоматологического профиля, в реестр включаются сложные медицинские услуги «Диспансерный прием.....» вместе с услугами STM33 или STM09 и простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ (при необходимости).

2.28.10. Сложные медицинские услуги, в названии которых имеется «Профилактический прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)», применяются только для оплаты стоматологической помощи в рамках договоров на оказание услуг по проведению стоматологических осмотров:

в связи с диспансеризацией определённых групп населения;

в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.28.11. Сложные медицинские услуги стоматологического профиля (первичные, повторные и диспансерные приемы) применяются не более одного раза при каждом посещении пациента, независимо от объёма оказанной стоматологической медицинской помощи.

2.28.12. Сложные медицинские услуги стоматологического профиля (первичные, повторные и диспансерные приемы) могут быть включены в реестр за оказанные медицинские услуги два и более раза в день только в случае оказания стоматологической помощи разными специалистами, имеющими разные сертификаты специалистов.

2.28.13. В реестре медицинской помощи оформляется не более 2 одноименных и/или разноименных услуг КСГ при лечении одного зуба.

2.28.14. Услуги STM01 «Профилактическая помощь взрослому и детскому населению» и STM31 «Герметизация фиссур с профилактической целью для детского населения» могут входить как в случай посещения с профилактической и иными целями, так и в случай обращения по заболеваниям. Не подлежат к включению в случай и оплате при посещениях по неотложной форме.

Услуга STM01 распространяется на всю полость рта, а не на 1 зуб. В течение календарного года STM01 для взрослого населения (старше 18 лет) подлежат оплате не чаще 1 раза в 6 месяцев, для детского населения подлежат оплате не чаще 1 раза в 4 месяца. При проведении герметизации фиссур у детского населения допустимо за один прием проведение 2 и более услуг STM31.

2.28.15. Услуги B01.065.005 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный» или B01.065.006 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный» могут включаться вместе с STM01, STM07, STM08, STM10, STM15, STM16.

2.28.16. При оказании стоматологической медицинской помощи в неотложной форме случай оформляется из услуг «Прием ... (наименование вида специальности стоматологического профиля)», STM02 «Неотложная помощь взрослому и детскому населению» и простых и сложных медицинских услуг, не входящих в состав КСГ (при необходимости). Не зависимо от объема оказанной медицинской помощи в неотложной форме оплате подлежит одна услуга STM02.

При оказании неотложной помощи в ночное время, выходные и праздничные дни, вне зависимости первичный прием у пациента или повторный, в реестр включается B01.065.008 «Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный» или B01.065.004 «Прием (осмотр, консультация) зубного врача повторный».

При этом при последующем плановом лечении в реестр включается вид приема (первичный или повторный), которому пациент фактически соответствует на момент приема в отчетном календарном году (первичный или повторный).

2.28.17. Услуга STM08 предъявляется к оплате в случае, если клинический диагноз подтвержден данными рентгенологического обследования, и для достижения клинического результата лечения количество посещений и ПМУ A11.07.022 «Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта» составляет не менее 5. После оказания медицинской помощи по STM08 пациент обязательно берется на динамическое наблюдение с кратностью явок в зависимости от диагноза и степени тяжести заболевания.

2.28.18. Услуги STM19.1, STM19.2 предъявляются к оплате только при сложном удалении зуба с выпиливанием кортикальной пластинки или с разделением корней и других оперативных вмешательствах, указанных в данной КСГ с применением остеотропного материала и наложением швов. При этом количество посещений для динамического наблюдения должно быть не менее 2.

2.28.19. Медицинская помощь по КСГ STM19.1, STM19.2, STM20, STM21 оказывается либо в малой операционной стоматологического отделения, либо в хирургическом кабинете врачом-стоматологом-хирургом с ведением журнала операций. Данные КСГ могут сопровождаться выдачей листов нетрудоспособности.

2.28.20. При проведении пациенту ортодонтической коррекции в реестр включается STM32. Допускается применение STM32 в течение 12-18 месяцев по завершению этапа ортодонтического лечения. Кратность применения STM32 определяется лечащим врачом в зависимости от степени тяжести заболевания. СМУ B.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный» в реестр не включается, если STM32 входит в состав посещения с профилактической целью. В случае, если STM32 входит в состав обращения по заболеванию, в реестр вместе с STM32 подается СМУ B.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный»

2.28.21. STM34 «Проведение консультативной медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях с ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ, к оплате предоставляется в следующих случаях:

завершение обращения за стоматологической помощью направлением пациента на консультацию и/или лечение в другую медицинскую организацию;

пациент проведена консультация врача-ортодонта без дальнейшего лечения;

при незаконченном лечении одного заболевания по причине неявки пациента.

2.28.22. При оказании пациенту медицинской помощи по заболеванию, требующей обязательного проведения Rg контроля (однократно, многократно), медицинская организация, не имеющая в своём составе соответствующего подразделения, обязана организовать оказание данной услуги за счёт собственных средств. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказанные диагностические услуги осуществляются по утвержденным в установленном порядке тарифам ОМС. По завершении случая лечения в реестр включаются все услуги, оказанные пациенту, в том числе услуги, оказанные сторонними медицинскими организациями (из списка услуг, оплачиваемых дополнительно с КСГ), с обязательным внесением в поле «CODE\_MD» кода лечащего врача-специалиста стоматологического профиля. Оплата соответствующего реестра осуществляется в полном объёме, с обязательным контролем страховыми медицинскими

организациями на наличие подтверждающих документов в первичной медицинской документации.

2.28.23. При завершении лечения заболеваний твердых тканей зубов в реестр включается соответствующая КСГ, а оплата за пломбировочный материал, не входящий в Перечень материалов, инструментов, предметов разового использования, применяемых при оказании стоматологической помощи Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, осуществляется за счет средств граждан по действующим в медицинской организации тарифам на платные медицинские услуги.

2.28.24. В случае, если пациент, находясь на лечении в условиях дневного стационара по какой-либо нозологии, обращается за получением стоматологической помощи в рамках амбулаторно-поликлинического приема, медицинская помощь оплачивается в полном объеме в обоих случаях в соответствии с порядком, утвержденным Тарифным соглашением.

2.28.25. При завершении лечения заболеваний твердых тканей зубов используются КСГ, в составе которых имеется ПМУ А16.07.002 «Восстановление зуба пломбой». При расчете количества УЕТ данной ПМУ учтены частота и кратность применения следующих простых медицинских услуг:

А16.07.002.001 «Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием стоматологических цемента»,

А16.07.002.002 «Восстановление зуба пломбой I, II, III, V, VI класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения»,

А16.07.002.003 «Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием стоматологических цемента»,

А16.07.002.004 «Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения»,

А16.07.002.005 «Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием стеклоиномерных цемента»,

А16.07.002.006 «Восстановление зуба пломбой IV класс по Блэку с использованием материалов химического отверждения»,

А16.07.002.007 «Восстановление зуба пломбой из амальгамы I, V класс по Блэку»,

А16.07.002.008 «Восстановление зуба пломбой из амальгамы II класс по Блэку»,

А16.07.002.010 «Восстановление зуба пломбой I, V, VI класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров»,

А16.07.002.011 «Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта II, III класс по Блэку с использованием материалов из фотополимеров».

Выбор пломбировочного материала осуществляется лечащим врачом в соответствии с клиническими рекомендациями и порядками оказания медицинской помощи при стоматологических заболеваниях.

### **Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения**

2.29. Финансовое обеспечение углубленной диспансеризации, профилактических медицинских осмотров, профилактических осмотров несовершеннолетних, диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья, диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью осуществляется по тарифам за единицу объема медицинской помощи.

2.30. При этом Тарифным соглашением установлены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни (Приложения 9-14 к Тарифному соглашению).

2.31. Порядок проведения профилактических мероприятий на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, регламентируется действующими, на момент проведения указанных мероприятий, нормативными документами.

2.32. Случаи проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации определенных групп взрослого населения, предъявляются к оплате после завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и (или) соответствующего этапа диспансеризации. Окончанием проведения профилактических мероприятий, где это регламентировано, является определение группы состояния здоровья. В случае отсутствия в реестре медицинской помощи (первый и/или второй этапы), предъявляемого к оплате, группы состояния здоровья (исключением является состояние, кроме группы здоровья, указываемое при окончании прохождения первого этапа – «направлен на второй этап»), диспансеризация считается не завершенной и оплате не подлежит.

2.33. Годом прохождения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации определенных групп взрослого населения считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

2.34. Результаты осмотров (консультаций), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем и проведенных в рамках профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, либо исследования, в соответствии с требованиями нормативной документации, выполняемые 1 раз в 2 года, могут быть учтены при проведении профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации (кроме диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья).

2.35. Осмотры и исследования, выполненные ранее и учитываемые при проведении профилактического мероприятия, должны быть приложены, в качестве дубликатов (или отражены в электронном медицинском документе), к первичной медицинской документации, касающейся проводимого профилактического мероприятия.

2.36. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови, которые проводятся в соответствии с Приказом МЗ РФ от 27.04.2021 г. № 404н.

2.37. Граждане, перенесшие новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом ПЦР-диагностики, в течение года после заболевания вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации.

2.38. Оплата услуг по углубленной диспансеризации осуществляется по тарифам, установленным Приложением 13 к Тарифному соглашению:

В рамках I этапа углубленной диспансеризации:

прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики), а также исследования и медицинские вмешательства: измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови,

определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови – за комплексное посещение;

тест с 6 минутной ходьбой – за единицу объема оказания медицинской помощи;

определение концентрации Д-димера в крови – за единицу объема оказания медицинской помощи.

В рамках II этапа углубленной диспансеризации:

проведение эхокардиографии – за единицу объема оказания медицинской помощи;

проведение компьютерной томографии легких – за единицу объема оказания медицинской помощи;

дуплексное сканирование вен нижних конечностей – за единицу объема оказания медицинской помощи.

2.39. В предоставляемом к оплате медицинской организацией реестре счетов, по одному гражданину, в один день (в случае прохождения в один день профосмотра (диспансеризации) и углубленной диспансеризации) может указываться два типа счета – соответствующего профосмотру (диспансеризации) и углубленной диспансеризации.

2.40. При подозрении у гражданина наличия заболевания (состояния), диагноз которого не может быть установлен при проведении исследований и иных медицинских вмешательств, включенных в I этап, углубленная диспансеризация является завершенной в случае проведения исследований и иных медицинских вмешательств, включенных во II этап углубленной диспансеризации.

2.41. Результатом оказания углубленной диспансеризации застрахованных лиц является количество оплаченных медицинской организации завершенных случаев. Стоимость случая углубленной диспансеризации включает:

I этап тариф комплексного посещения – «TDU 1.1», который включает в себя «TDU 1.1.1», «TDU 1.1.2», «TDU 1.1.3», «TDU 1.1.4» и при необходимости тарифы за единицу объема оказания медицинской помощи - «TDU 1.2», «TDU 1.3»;

II этап тарифы «TDU 2.1», «TDU 2.2», «TDU 2.3».

2.42. Случаи проведения первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, в соответствии с Порядками, утверждёнными уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, предъявляются к оплате после полного завершения всех осмотров врачами-специалистами и выполнения предусмотренных перечнем исследований (с учётом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации, давность которых не превышает 3 месяцев с даты осмотра (исследования), а у детей до 2 лет не превышает 1 месяц с даты осмотра (исследования). При этом осмотры (исследования), выполненные ранее и учитываемые при проведении диспансеризации, должны быть приложены к первичной медицинской документации (дубликаты) (или отражены в электронном медицинском документе).

2.43. Второй этап диспансеризации считается завершённым после полного выполнения всех исследований, осмотров, назначенных врачом, ответственным за проведение диспансеризации, по результатам диспансеризации I этапа, и вынесения соответствующего заключения. Случаи проведения второго этапа диспансеризации включаются в реестр медицинской помощи по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0 - Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения диспансеризации, а также данные врача, оформляющего медицинское заключение.

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

2.44. Случай проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после завершения

осмотров и исследований, выполненных в рамках проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по тарифу профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (законченный случай 1 этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего) для соответствующей возрастной категории несовершеннолетних граждан. Годом прохождения профилактического медицинского осмотра считается календарный год, в котором несовершеннолетний гражданин достигает соответствующего возраста. В случае отсутствия в реестрах, за проведение 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершенным и оплате не подлежит.

2.45. Случаи проведения второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, включаются в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров, обследований и вынесения соответствующего заключения, по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0-Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения медицинского осмотра, а также данные врача, оформляющего медицинское заключение. В случае отсутствия в реестрах за проведение 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершенным и оплате не подлежит.

2.46. Первый этап диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья оплачивается по комплексному тарифу, а также за единицу объема при проведении исследований (при наличии показаний) по тарифам, не входящим в комплексное посещение, и считается завершенным при условии выполнения всех исследований, предусмотренных в приложении 14 Тарифного соглашения. Второй этап диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья считается завершенным после полного выполнения всех исследований, осмотров, назначенных врачом, по результатам первого этапа при наличии показаний в целях дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния) и вынесения соответствующего заключения. Случаи проведения второго этапа диспансеризации включаются в реестр медицинской помощи по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом, в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0-Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения диспансеризации. При диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья могут использоваться исследования, выполненные ранее вне рамок диспансеризации, давность которых не превышает 3 месяцев с даты исследования.

2.47. В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, в том числе углубленную диспансеризацию, лицензии на осуществление медицинской деятельности по отдельным видам работ (услуг), необходимым для проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме, либо при отсутствии возможности проведения диспансеризации или медицинских осмотров в полном объеме по другой объективной причине (отсутствие специалиста, ответственного за проведение диспансеризации или медицинских осмотров и т.п.), медицинская организация, ответственная за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, организует взаимодействие с медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), с привлечением соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или медицинских осмотров со способом оплаты по любой модели межучрежденческих расчетов (через СМО или в рамках договоров).

2.48. Оплата фактически выполненных объемов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении профилактических мероприятий, включая углубленную диспансеризацию, профилактические медицинские осмотры, профилактические осмотры несовершеннолетних, диспансеризацию определенных групп взрослого населения, диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья, диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации,

диспансеризацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью, производится медицинской организацией, ответственной за организацию профилактических мероприятий.

2.49. Повторное предъявление к оплате комплексных посещений по проведению гражданину профилактических мероприятий, указанных в п. 3.16, одной и той же медицинской организацией в течение года не допускается. К оплате принимаются только комплексные посещения гражданина, осуществленные им, впервые в текущем году и только в соответствии с регламентированными половозрастными характеристиками гражданина.

2.50. Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит комплексное посещение по профилактическому осмотру или диспансеризации, предъявленное к оплате раньше.

2.51. Работающие граждане и граждане, обучающиеся в образовательной организации, вправе пройти профилактический медицинский осмотр и (или) диспансеризацию в медицинской организации к которой они не прикреплены, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады (включая место работы и учебы) в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации.

### **Оплата диспансерного наблюдения**

2.52. Оплата диспансерного наблюдения производится за комплексное посещение по тарифам групп диспансерного наблюдения (ГДН). Комплексное посещение при диспансерном наблюдении – это медицинские мероприятия, включающие в себя посещение (или несколько посещений) врача и диагностические исследования (лабораторные и инструментальные, при необходимости) в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации и клиническими рекомендациями.

2.53. Комплексные тарифы при диспансерном наблюдении включают расходы на посещение врачей и диагностические исследования, кроме 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, которые оплачиваются и учитываются отдельно.

2.54. В рамках одного комплексного посещения проводится наблюдение пациента по одной нозологии. У пациента с несколькими заболеваниями сердечно-сосудистой системы может быть несколько комплексных посещений в один день.

2.55. Результаты исследований (лабораторных, инструментальных), необходимых для диспансерного наблюдения, могут быть учтены при их выполнении ранее, возможность их использования определяет лечащий врач в зависимости от заболевания с учетом клинических рекомендаций.

Исследования, выполненные ранее и учитываемые при проведении диспансерного наблюдения, должны быть приложены в качестве дубликатов к первичной медицинской документации или отражены в электронном медицинском документе.

2.56. Тарифы групп диспансерного наблюдения (ГДН) утверждены в Приложении 8 к Тарифному соглашению. Таблица соответствия групп диспансерного наблюдения (ГДН) диагнозам по МКБ-10 при оказании медицинской помощи взрослому населению утверждена в Приложении 38 к Тарифному соглашению.

2.57. В отношении работающих застрахованных лиц может быть организовано проведение диспансерного наблюдения по месту осуществления служебной деятельности. Проведение диспансерного наблюдения работающих граждан осуществляется в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения Российской Федерации, и алгоритмом

проведения диспансерного наблюдения работающих граждан с использованием выездных методов работы и организацией осмотров и исследований по месту осуществления ими служебной деятельности, утвержденным Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

2.58. Тарифы комплексных посещений по поводу диспансерного наблюдения работающих граждан утверждены в Приложении 8 к Тарифному соглашению.

### **Оплата проведения школы сахарного диабета**

2.59. Оплата посещений школы сахарного диабета осуществляется за единицу объема медицинской помощи вне подушевого норматива финансирования. Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема – за комплексное посещение, включающее от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля.

2.60. Школа сахарного диабета может проводиться в группе до 10 пациентов.

2.61. Обучение в школе сахарного диабета проводится врачом-эндокринологом, врачом детским эндокринологом, медицинской сестрой, прошедшей соответствующее обучение, в соответствии с клиническими рекомендациями оказания медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом, методическими руководствами, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации.

#### **Комплексное посещение в рамках школы сахарного диабета**

<b>Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе)</b>	<b>Количество и продолжительность занятий</b>
Взрослые с сахарным диабетом 1 типа	5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Взрослые с сахарным диабетом 2 типа	5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля
Дети и подростки с сахарным диабетом	10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля

#### **Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц в амбулаторных условиях.**

2.62. Основная цель применения методики стимулирования медицинских организаций – это снижение показателей смертности населения, прикрепленного к медицинским организациям.

2.63. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке в размере 1 процента от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

2.64. При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

ОС <sub>ПН</sub>	финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ДП <sub>и</sub>	дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;
ОС <sub>РД</sub>	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

2.65. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально.

2.66. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года и включаются в счет за декабрь.

2.67. Показатели результативности деятельности установлены в Таблице 1. Показатели оценки выполнения объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях представлены в Таблице 1.1.

2.68. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности и их применения представлены в Методических рекомендациях. Порядок расчета значений показателей оценки выполнения объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях представлен в Таблице 2.

2.69. Перечень медицинских организаций и установленные для них показатели результативности представлены в Таблице 3.

С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

I часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$ОС_{РД(нас)}^j = \frac{0,7 \times ОС_{РД}^j}{\sum Числ}, \text{ где:}$$

ОС<sub>РД(нас)</sub><sup>j</sup> – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

ОС<sub>РД</sub><sup>j</sup> – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

∑Числ – численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

Объем средств, направляемый в *i*-ю медицинскую организацию II и III групп за *j*-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности  $(OC_{РД(нас)i}^j)$ , рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(нас)i}^j = OC_{РД(нас)}^j \times Числ_i^j, \text{ где:}$$

$Числ_i^j$  численность прикрепленного населения в *j*-м периоде к *i*-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующей период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$OC_{РД(балл)}^j = \frac{0,3 \times OC_{РД}^j}{\sum Балл}, \text{ где:}$$

$OC_{РД(балл)}^j$  объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за *j*-ый период, в расчете на 1 балл, рублей;

$OC_{РД}^j$  совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за *j*-ый период, рублей;

$\sum Балл$  количество баллов, набранных в *j*-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

Объем средств, направляемый в *i*-ю медицинскую организацию III группы за *j*-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций  $(OC_{РД(балл)i}^j)$ , рассчитывается следующим образом:

$$OC_{РД(балл)i}^j = OC_{РД(балл)}^j \times Балл_i^j, \text{ где:}$$

$Балл_i^j$  количество баллов, набранных в *j*-м периоде *i*-той медицинской организацией III группы.

2.70. Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

2.71. Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за *j*-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за *j*-тый период – равняется нулю.

2.72. Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и

детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

2.73. В случае, если медицинской организацией не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) применяется понижающий коэффициент в размере 2% к размеру стимулирующих выплат, и (или) при выполнении медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи.

2.74. При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи. Итоговый понижающий коэффициент ( $K_{\text{пон}}$ ) рассчитывается следующим образом:

$$K_{\text{пон}} = \frac{K_{\text{ппц}} + K_{\text{оз}}}{K}, \text{ где:}$$

$K_{\text{ппц}}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения посещений с профилактической целью;

$K_{\text{оз}}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения обращений в связи с заболеваниями;

$K$  общее количество понижающих коэффициентов (для АП – 2).

Таблица 1

Показатели результативности деятельности медицинских организаций

№	Наименование показателя
1	Доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.
3	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах или диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
6	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания.
7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения <*> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний),

	состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний).
8	Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней системы кровообращения <*>, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней системы кровообращения <*> за период.
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок <***>.
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.
20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.

21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.
22	Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы.
23	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, за период.
24	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, за период.
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.
26	Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.
27	Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
28	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
29	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
30	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
31	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья.
32	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу.
33	Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара).

<\*> По Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<\*\*\*> Приказ Минздрава России от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».

#### Показатели оценки выполнения объемов медицинской помощи

Таблица 1.1

Оценка выполнения объемов медицинской помощи				
№	Наименование показателя	Предположитель	Индикаторы выполнения показателя	% выплат

		ьный результат		
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{ппц}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100
1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{оз}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100

Таблица 2

## Порядок расчета значений показателей оценки выполнения объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях (АП).

№	Наименование показателя	Формула расчета	Единицы измерения	Источник
Общие показатели				
Оценка выполнения объемов медицинской помощи				
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{ппц}} = \frac{V_{\text{факт}}}{V_{\text{план}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{ппц}}</math> - процент выполнения плана оказания посещений с профилактической целью;  <math>V_{\text{факт}}</math> - фактическое количество посещений с профилактической целью, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{план}}</math> - утвержденное количество посещений с профилактической целью в отчетном периоде (план на квартал равен ¼ плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{оз}} = \frac{V_{\text{факт}}}{V_{\text{план}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{оз}}</math> - процент выполнения плана оказания обращений в связи с заболеваниями;  <math>V_{\text{факт}}</math> - фактическое количество обращений в связи с заболеваниями, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{план}}</math> - утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями в отчетном периоде (план на квартал равен ¼ плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

Таблица 3

Применение показателей результативности деятельности в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих медицинскую помощь по подшему нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц в амбулаторных условиях

Наименование медицинской организации	Номер показателя результативности деятельности																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
АУ "Югорский центр профессиональной патологии"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Сургут	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Няганская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Нижневартовская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Когалымская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Тыт-Яхская окружная клиническая больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Сургутская районная поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Мегионская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Сургутская городская клиническая поликлиника № 4"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Сургутская городская клиническая поликлиника № 1"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Нефтеюганская окружная клиническая больница им. В.И. Якива"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



### **Раздел III. Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи**

#### **Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях дневного стационара и порядок определения уровней структурных подразделений медицинских организаций**

3.1. В целях установления размера и структуры тарифа на оплату медицинской помощи дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, осуществляется по следующим уровням:

3.1.1. к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

3.1.2. ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

3.1.3. к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

3.1.4. Перечень и уровень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, содержится в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **Основные подходы к группировке случаев при оплате медицинской помощи по КСГ**

3.2. Отнесение случаев лечения к группе КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратноемость лечения пациентов (классификационных критериев):

- а. Диагноз (код по МКБ-10);
- б. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий), при наличии;
  - с. Схема лекарственного лечения;
  - д. МНН лекарственного препарата;
  - е. Возрастная категория пациента;
  - ф. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
  - г. Оценка состояния пациента по шкале реабилитационной маршрутизации;
  - х. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
  - и. Пол;
  - й. Этап проведения экстракорпорального оплодотворения;
  - к. Показания к применению лекарственного препарата;

l. Степень тяжести заболевания

m. Длительность лечения.

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

Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования» (далее – Инструкция по группировке случаев);

Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2026\_Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel).

### Расчет стоимости законченного случая лечения

3.4. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

3.4.1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;

3.4.2. Коэффициент относительной затратоемкости;

3.4.3. Коэффициент дифференциации (при наличии);

3.4.4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;

3.4.5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;

3.4.6. Коэффициент сложности лечения пациента;

3.4.7. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе.

3.5. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (ССдс), определяется по следующей формуле:

$$ССдс = БСдс \times КД \times КЗдс \times КСдс \times КУСдс \times КЗПдс + БСдс \times КД^* \times КСЛПдс, \text{ где}$$

БСдс – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей, приведена в **пункте 1 Части 3 Раздела III Тарифного соглашения** без учета КД, который является единым для всей территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный 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»). Значение КД на 2026 год – 1,748.

КЗдс – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях дневного стационара (коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

КСдс – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, перечень КСдс приведен в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

КУСдс – коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях дневного стационара, установлен приложением 19 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, приведен в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

КЗПдс – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе, установлен приложением 19 к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПдс – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)), установлен для случаев и в размере согласно приложению 21 к настоящему Тарифному соглашению.

3.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$ССдс = БСдс \times КЗдс \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КСдс \times КУСдс \times КД) \times КЗПдс + БСдс \times КД^* \times КСЛПдс,$$

где:

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), значения доли приведены в приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению.

Размер базовой ставки (БСдс) рассчитывается по формуле:

$$БСдс = \frac{ОСдс - Ослп}{Ч_{сл} \times СПК \times КД}, \text{ где}$$

ОСдс – объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ;

Чсл – общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ;

Ослп – сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания.

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{дс}^i \times КУС_{дс}^i \times КД_i) \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

3.7. При расчете базовой ставки в качестве параметра Ослп используется сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$О_{слп} = \sum (БСдс \times КД^* \times КСЛПдс_i), \text{ где:}$$

КСЛПдс<sub>i</sub> – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2025 году.

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

3.8. Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

## **Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара**

3.9. В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

3.9.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

3.9.2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3.9.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

3.9.4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

3.9.5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

3.9.6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

3.9.7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

3.9.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, (приложение 17 к Тарифному соглашению).

3.9.9. случаи медицинской реабилитации по КСГ ds37.017, ds37.018, ds37.019, а также случаи лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.020-ds12.027 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

3.10. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

3.11. При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 5 настоящего раздела, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 настоящего пункта.

3.12. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

3.13. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

3.14. В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90 процентов от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100 процентов от стоимости КСГ.

3.15. Приложением 17 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в данные приложения, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80-90 процентов и 80-100 процентов соответственно).

3.16. Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50 процентов от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80 процентов от стоимости КСГ.

3.17. Конкретная доля оплаты данных случаев установлена в тарифном соглашении.

3.18. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпункте 7 данного пункта, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

### **Оплата по двум и более КСГ в рамках одного пролеченного случая**

3.19. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ, осуществляется в следующих случаях:

3.19.1. перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 4 настоящего раздела основаниям;

3.19.2. проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3.19.3. оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

3.19.4. этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например, удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

3.19.5. проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

3.19.6. родовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

3.20. Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае родовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

3.21. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

3.22. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

3.23. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

### **Особенности формирования и оплаты случаев медицинской помощи по КСГ**

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

день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;

при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;

при переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара.

3.25. При проведении процедуры экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) стоимость случая лечения определяется в зависимости от этапа, которым завершена процедура в соответствии с порядком использования вспомогательных репродуктивных технологий. Отнесение случаев проведения ЭКО к КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 1-4)» (ds02.008-ds02.011) осуществляется на основании иных классификационных критериев «ivf1»-«ivf7», «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2-4 с ПГТ-М)» на основании иных классификационных критериев «ifv4pgtm-ifv7pgtm», «Экстракорпоральное оплодотворение (уровень 2-4 с ПГТ-СП) на основании иных классификационных критериев «ifv4pgtsp-ifv7pgtsp», отражающих проведение различных этапов ЭКО. Описание группировки случаев проведения процедуры ЭКО в зависимости от этапа приведено в Инструкции по группировке случаев.

3.26. Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

3.27. Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

3.28. КСГ для случаев лекарственной терапии в онкологии формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии. В расчете стоимости КСГ случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделены), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

3.29. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или изменении дней введения (увеличение интервала между введениями) по сравнению с указанными в справочнике

«Схемы лекарственной терапии» кодируется схема, указанная в группировщике, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации:

снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

3.30. При соблюдении вышеуказанных условий снижение дозы и/или увеличение интервала между введениями оплачивается по коду основной схемы лекарственной терапии.

3.31. Отнесение случаев к группам ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С, D45-D47», кодов Номенклатуры и возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – A25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

3.32. При оплате случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей применяются КСГ ds19.063-ds19.078, критериями отнесения к которым являются сочетания кода МКБ-10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

3.33. Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: "1" – пребывание до 3 дней включительно, "2" – от 4 до 10 дней включительно, "3" – от 11 до 20 дней включительно, "4" – от 21 до 30 дней включительно.

3.34. Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (ds19.071-ds19.078), с расшифровкой содержится на вкладке "МНН ЛП" файла "Расшифровка групп" (коды gemor1- gemor26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе "L" – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код "gem" (вкладка "ДКК" файла "Расшифровка групп"), использующийся для формирования КСГ ds19.067-ds19.070 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-4).

3.35. Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность лечения в условиях дневного стационара может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

3.36. Если между последовательными случаями лечения перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

3.37. Для случаев лечения лучевых повреждений в условиях дневного стационара применяется КСГ ds19.079 «Лучевые повреждения», которая формируется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

3.38. Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

A16.30.022 Эвисцерация малого таза;

A16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

3.39. Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования» осуществляется в соответствии с иным классификационными критериями «mgi» и «ftg», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований или обязательное выполнение трепанобиопсии/или забора крови (другой биологической жидкости) с последующим проведением иммунофенотипирования методом проточной цитофлуориметрии.

3.40. Отнесение к КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу C, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургическое вмешательство). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

3.41. Отнесение к КСГ ds36.015-ds36.034 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» производится по комбинации иного классификационного критерия из диапазона «gsh001»-«gsh154», соответствующего МНН лекарственного препарата, наименованию и описанию схемы, количеству дней введения в соответствии со справочником «ГИБП, схемы ЛТ» в группировщике и кода возраста «5» (от 0 дней до 18 лет) или «6» (старше 18 лет). Код возраста применяется в случае, если лекарственный препарат в соответствии с инструкцией по применению назначается в дозе из расчёта на кг веса (мг/кг), и данная дозировка совпадает для пациентов в возрасте от 0 дней до 18 лет и пациентов старше 18 лет.

3.42. КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)» включают в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и профилактики осложнений диализа (эритропоэз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.) и предъявляется к оплате за календарный месяц. Отнесение к КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и коду лекарственной терапии при диализе, учитывающий примененные лекарственные препараты в соответствии с МНН. Стоимость услуг диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения, по тарифам услуг, установленных в приложении 23 к настоящему Тарифному соглашению.

3.43. Оплата случая зависит от длительности случая в календарном месяце. При длительности случая от 1 до 3 дней оплачивается 20% тарифа КСГ, от 4 до 25 дней 60% КСГ (считается прерванным), при длительности 26 дней и более 100% КСГ.

3.44. Длительность случая диализа считается от первичного осмотра врача в календарном месяце до даты последнего диализа в конце календарного месяца.

3.45. К тарифам на услуги диализа не применяются поправочные коэффициенты.

3.46. Учитывая постоянный характер проводимого лечения, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного в течение календарного года (в том числе и в случае ведения электронной истории болезни), несмотря на количество случаев лечения по данной нозологии у конкретного пациента (с момента начала проведения диализа в текущем году до 31 декабря текущего года). За один отчетный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения в одной медицинской организации по тарифам КСГ ds18.002.01-ds18.002.10.

3.47. Пересечения сроков лечения в круглосуточном стационаре с периодом лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002.01-ds18.002.10 допускается.

3.48. Учитывая длительное лечение противовирусным препаратом-ингибиторов проникновения HBV и HDV в клетку (48 недель) при хроническом вирусном гепатите В с дельта-агентом, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (с момента начала введения препарата до последнего введения). За единицу объема в условиях дневного

стационара принимается один месяц лечения. За один отчётный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения по тарифу КСГ ds12.021 Вирусный гепатит В хронический с дельта агентом, лекарственная терапия.

3.49. КСГ ds36.002.2 применяется в случаях введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом, получившим лекарственные препараты по программам льготного лекарственного обеспечения за счет средств областного или федерального бюджета, в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств) в соответствии с таблицей 8 и разделом XVI Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре.

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

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

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

#### **Условия получения плановой медицинской помощи по направлениям в медицинские организации на территории автономного округа и за его пределами**

3.52. 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 лечащего врача МО, к которой прикреплен пациент и в настоящее время проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в рамках Программы в соответствии с медицинскими показаниями или стандартами (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

3.53. При этом во всех случаях направления на госпитализацию в любой форме из любых условий оказания медицинской помощи, МО публикует (размещает) направление в электронном виде в «Региональном реестре направлений в системе ОМС» на информационном ресурсе ТФОМС Югры, а МО осуществляющая госпитализацию указывает данные направления в реестре счетов на оказанную медицинскую помощь.

## **Раздел IV. Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи**

### **Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара и порядок определения уровней структурных подразделений медицинских организаций**

4.1. В целях установления размера и структуры тарифа на оплату медицинской помощи дифференцированно с учетом коэффициента уровня медицинской организации для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, осуществляется по следующим уровням:

4.1.1. к первому уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа);

4.1.2. ко второму уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь (за исключением высокотехнологичной) населению нескольких муниципальных образований, медицинские организации (структурные подразделения медицинских организаций), расположенные на территории закрытых административных территориальных образований, а также специализированные больницы, центры, диспансеры;

4.1.3. к третьему уровню медицинской организации относятся медицинские организации и (или) структурные подразделения медицинских организаций, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

4.1.4. Перечень и уровень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, содержится в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

### **Основные подходы к группировке случаев при оплате медицинской помощи по КСГ**

4.2. Отнесение случаев лечения к группе КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов (классификационных критериев):

4.2.1. Диагноз (код по МКБ-10);

4.2.2. Хирургическая операция и (или) другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н), а также, при необходимости, конкретизация медицинской услуги в зависимости от особенностей ее исполнения (иной классификационный критерий), при наличии;

4.2.3. Схема лекарственного лечения;

4.2.4. МНН лекарственного препарата;

4.2.5. Возрастная категория пациента;

4.2.6.. Сопутствующий диагноз и/или осложнения заболевания (код по МКБ-10);

4.2.7. Оценка состояния пациента по шкалам: шкала оценки органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), шкала оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA), шкала реабилитационной маршрутизации;

- 4.2.8. Длительность непрерывного проведения ресурсоемких медицинских услуг (искусственной вентиляции легких, видео-ЭЭГ-мониторинга);
- 4.2.9. Количество дней проведения лучевой терапии (фракций);
- 4.2.10. Пол;
- 4.2.11. Показания к применению лекарственного препарата;
- 4.2.12. Длительность лечения;
- 4.2.13. Объем послеоперационных грыж брюшной стенки;
- 4.2.14. Степень тяжести заболевания.
- 4.3. При отнесении случая оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара к определенной КСГ необходимо руководствоваться:
- 4.3.1. Инструкцией по группировке случаев;
- 4.3.2. Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2026\_Расшифровка групп КС» в формате MS Excel).

### Расчет стоимости законченного случая лечения

4.4. Расчет стоимости законченного случая лечения по КСГ осуществляется на основе следующих экономических параметров:

- 4.4.1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
- 4.4.2. Коэффициент относительной затроемкости;
- 4.4.3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
- 4.4.4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- 4.4.5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
- 4.4.6. Коэффициент сложности лечения пациента;
- 4.4.7. Коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе.
- 4.5. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (ССкс), определяется по следующей формуле:

$$ССкс = БСкс \times КД \times КЗкс \times КСкс \times КУСкс \times КЗПкс + БСкс \times КД^* \times КСЛПкс, \text{ где}$$

БСкс – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей, приведена в **пункте 1 Части 3 Раздела III Тарифного соглашения** без учета КД, который является единым для всей территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный 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»). Значение КД на 2026 год – 1,748.

КЗкс – коэффициент относительной затроемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях круглосуточного стационара (коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

КСкс – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, перечень КСдс приведен в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

КУСкс – коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях круглосуточного стационара, установлен приложением

20 к настоящему Тарифному соглашению. Коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации отражает разницу в затратах на оказание медицинской помощи с учетом тяжести состояния пациента, наличия у него осложнений, проведения углубленных исследований на различных уровнях, а также учитывает оказание медицинских услуг с применением телемедицинских технологий. Структурным подразделениям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий, установлен подуровень с более высоким коэффициентом КУСкс.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, приведен в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

КЗПкс – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе, установлен приложением 20 к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПкс – коэффициент сложности лечения пациента (при необходимости, сумма применяемых КСЛП) (\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице)), установлен для случаев и в размере согласно приложению 21 к настоящему Тарифному соглашению.

4.6. Стоимость одного случая госпитализации по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле:

$$Скс = БСкс \times КЗкс \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КСкс \times КУСкс \times КД) \times КЗПкс + БСкс \times КД^* \times КСЛПкс,$$

где:

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), значения доли приведены в приложении 18 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛПкс, итоговое значение КСЛПкс рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛПкс.

При отсутствии оснований применения КСЛПкс значение параметра КСЛПкс при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Размер базовой ставки (БСкс) рассчитывается по формуле:

$$БСкс = \frac{ОСкс - Ослп}{Чсл \times СПК \times КД}, \text{ где}$$

ОСкс – объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара и оплачиваемой по КСГ;

Чсл – общее плановое количество случаев госпитализации, подлежащих оплате по КСГ;

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ;

Ослп – сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в стоимость законченного (прерванного) случая лечения заболевания.

СПК рассчитывается по формуле:

$$СПК = \frac{\sum (КЗ_i \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{КС} \times КУС_{КС}^i \times КД_i) \times Ч_{сл}^i)}{Ч_{сл}}$$

При расчете базовой ставки в качестве параметра Ослп используется сумма, характеризующая вклад коэффициента сложности лечения пациента в совокупный объем средств на оплату медицинской помощи:

$$O_{\text{СЛП}} = \sum (\text{БСкс} \times \text{КД}^* \times \text{КСЛПкс}_i), \text{ где:}$$

КСЛПкс<sub>i</sub> – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2025 году.

\* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

4.7. Размер базовой ставки устанавливается на год. Корректировка базовой ставки возможна в случае значительных отклонений фактических значений от расчетных не чаще одного раза в квартал.

#### **Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара**

4.8. В соответствии с Программой к прерванным случаям оказания медицинской помощи (далее – прерванный случай) относятся:

4.8.1. случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

4.8.2. случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

4.8.3. случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара и наоборот);

4.8.4. случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

4.8.5. случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

4.8.6. случаи лечения, закончившиеся смертью пациента (летальным исходом);

4.8.7. случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

4.8.8. законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 настоящего пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно (приложение 18 к Тарифному соглашению);

4.8.9. случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 st37.027, st37.028, st37.029, st37.031 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой и Группировщиком.

4.9. В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая госпитализации/лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

4.10. При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 5 настоящего раздела, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 настоящего пункта.

4.11. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия

оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

4.12. Доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

4.13. В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

при длительности лечения 3 дня и менее – от 80 до 90 процентов от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 80 до 100 процентов от стоимости КСГ.

4.14. Приложением 18 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию. Таким образом, прерванные случаи по КСГ, не входящим в данные приложения, не могут быть оплачены с применением вышеуказанных диапазонов уменьшения размеров оплаты прерванных случаев (80-90 процентов и 80-100 процентов соответственно).

4.15. Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

при длительности лечения 3 дня и менее – от 20 до 50 процентов от стоимости КСГ;

при длительности лечения более 3-х дней – от 50 до 80 процентов от стоимости КСГ.

4.16. Конкретная доля оплаты данных случаев установлена в тарифном соглашении.

4.17. Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 данного пункта, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

4.18. Возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение (в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС), на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

#### **Оплата по двум и более КСГ в рамках одного пролеченного случая**

4.19. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ, осуществляется в следующих случаях:

4.19.1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую; оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 4 настоящего раздела основаниям;

4.19.2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

4.19.3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4.19.4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

4.19.5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

4.19.6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

4.20. Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

O14.1 Тяжелая преэклампсия;

O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

4.21. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

4.22. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

4.23. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

4.24. В случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.

4.25. Выставление случая только по КСГ st36.013-st36.015 "Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)", без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013-st36.015 "Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1-3)" с пересекающимися сроками лечения не допускается.

#### **Оплата случаев лечения при оказании услуг диализа в рамках круглосуточного стационара**

4.26. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа по тарифам в соответствии с приложением 23 к настоящему Тарифному соглашению.

4.27. К тарифам на услуги диализа не применяются поправочные коэффициенты.

#### **Особенности формирования и оплаты случаев медицинской помощи по КСГ**

4.28. При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период

лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

4.28.1. В случае лечения в стационаре и необходимости выполнения в этот период медицинских услуг в других МО и в референс-центрах, оплата осуществляется в рамках любого способа межучрежденческих расчетов, направившей на исследование и МО, выполнившей исследование.

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

4.28.3. Оплата случаев оказания медицинской помощи пациентам, в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией, осуществляется по тарифам посещения специалиста соответствующего профиля в неотложной форме и включает среднюю расчётную 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, выполнение всего комплекса диагностических исследований.

4.29. В стационарных условиях в стоимость КСГ по профилю "Акушерство и гинекология", предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты по КСГ по профилю "Неонатология". Если в ходе оказания медицинской помощи роженице выполнялась операция, входящая в st02.012 или st02.013 (операции на женских половых органах уровней 3 и 4), например, субтотальная или тотальная гистерэктомия, отнесение случая производится к КСГ по коду операции.

4.30. Формирование КСГ для случаев лучевой терапии осуществляется на основании кода МКБ-10, кода медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и для большинства групп с учетом количества дней проведения лучевой терапии (фракций).

4.30.1. Отнесение к КСГ для случаев проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией осуществляется по коду МКБ-10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой, количества дней проведения лучевой терапии (фракций) и МНН лекарственных препаратов.

4.30.2. КСГ для случаев лекарственной терапии в онкологии формируются на основании кода МКБ-10 и схемы лекарственной терапии. В расчете стоимости КСГ случаев лекарственной терапии учтены в том числе нагрузочные дозы в соответствии с инструкциями по применению лекарственных препаратов для медицинского применения (отдельно схемы лекарственной терапии для нагрузочных доз не выделены), а также учтена сопутствующая терапия для коррекции нежелательных явлений (например, противорвотные препараты, препараты, влияющие на структуру и минерализацию костей и др.) и для лечения и профилактики осложнений основного заболевания.

4.30.3. При снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или изменении дней введения (увеличение интервала между введениями) по сравнению с указанными в справочнике «Схемы лекарственной терапии» кодируется схема, указанная в группировщике, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации:

снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

При соблюдении вышеуказанных условий снижение дозы и/или увеличение интервала между введениями оплачивается по коду основной схемы лекарственной терапии.

4.30.4. Отнесение случаев к КСГ st08.001-st08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», D45-D47» кодов Номенклатуры и

возраста – менее 18 лет. Отнесение к указанным КСГ производится по коду Номенклатуры – А25.30.014 Назначение лекарственных препаратов при онкологическом заболевании у детей.

4.30.5. При оплате случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей применяются КСГ st19.090-st19.102, критериями отнесения к которым являются сочетания кода МКБ-10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

При оплате случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей отнесение к КСГ st19.090-st19.102 осуществляется по сочетанию кода МКБ-10 (коды C81-C96, D45-D47), кода длительности госпитализации, а также, при наличии, кода МНН или АТХ группы применяемых лекарственных препаратов.

Длительность госпитализации распределена на 4 интервала: "1" – пребывание до 3 дней включительно, "2" – от 4 до 10 дней включительно, "3" – от 11 до 20 дней включительно, "4" – от 21 до 30 дней включительно.

Перечень кодов МНН лекарственных препаратов, для которых предусмотрена оплата по КСГ для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (st19.097-st19.102), с расшифровкой содержится на вкладке "МНН ЛП" файла "Расшифровка групп" (коды gemor1-gemor26). Для случаев применения иных лекарственных препаратов, относящихся к АТХ группе "L" – противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы, – предусмотрен код "gem" (вкладка "ДКК" файла "Расшифровка групп"), использующийся для формирования КСГ st19.094-st19.096 (ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые, уровни 1-3).

4.30.6. Учитывая, что при злокачественных новообразованиях лимфоидной и кроветворной тканей в ряде случаев длительность госпитализации может значительно превышать 30 дней, предполагается ежемесячная подача счетов на оплату, начиная с 30 дней с даты госпитализации. Для каждого случая, предъявляемого к оплате, отнесение к КСГ осуществляется на основании критериев за период, для которого формируется счет.

Если между последовательными госпитализациями перерыв составляет 1 день и более, то к оплате подаются 2 случая. При этом не допускается предъявление к оплате нескольких случаев в течение 30 дней, если перерыв между госпитализациями составлял менее 1 дня (дата начала следующей госпитализации следовала сразу за датой выписки после предыдущей госпитализации). Также не допускается сочетание в рамках одного случая госпитализации и/или одного периода лечения оплаты по КСГ и по нормативу финансовых затрат на случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

4.30.7. Для случаев лечения лучевых повреждений в условиях круглосуточного стационара применяется КСГ st19.103 «Лучевые повреждения», которая формируется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., а также иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии.

Формирование КСГ ««Эвисцерация малого таза при лучевых повреждениях» осуществляется на основании сочетания кода МКБ-10, соответствующего лучевым повреждениям, дополнительного кода С., иного классификационного критерия «olt», отражающего состояние после перенесенной лучевой терапии, а также следующих кодов Номенклатуры:

А16.30.022 Эвисцерация малого таза;

А16.30.022.001 Эвисцерация малого таза с реконструктивно-пластическим компонентом.

4.30.8. В случае если злокачественное новообразование выявлено в результате госпитализации с целью оперативного лечения по поводу неонкологического заболевания (доброкачественное новообразование, кишечная непроходимость и др.) отнесение к КСГ и оплата осуществляются в соответствии с классификационными критериями по коду медицинской услуги без учета кода диагноза злокачественного новообразования.

4.30.9. Отнесение к КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» производится, если диагноз относится к классу С, при этом больному не оказывалось услуг, являющихся классификационным критерием (химиотерапии, лучевой терапии, хирургического вмешательства). Данная группа может применяться в случае необходимости проведения поддерживающей терапии и симптоматического лечения.

4.30.10. КСГ st19.037 «Фебрильная нейтропения, агранулоцитоз вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований (кроме лимфоидной и кроветворной тканей)» применяется в случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз является основным поводом для госпитализации после перенесенного специализированного противоопухолевого лечения. В случаях, когда фебрильная нейтропения, агранулоцитоз развивается у больного, госпитализированного с целью проведения специального противоопухолевого лечения, оплата производится по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Отнесение случаев лечения к КСГ st19.037 осуществляется по сочетанию двух кодов МКБ-10 (С. и D70 Агранулоцитоз). Учитывая, что кодирование фебрильной нейтропении, агранулоцитоза по КСГ st19.037 осуществляется в случаях госпитализации по поводу осложнений специализированного противоопухолевого лечения, в столбце «Основной диагноз» необходимо указать диагноз, соответствующий злокачественному заболеванию, а код D70 необходимо указать в столбце «Диагноз осложнения». В случае если код D70 указан в столбце «Основной диагноз», случай лечения будет отнесен к другой КСГ, не связанной с лечением злокачественного новообразования.

4.30.11. Применение услуги A07.23.001 «Дистанционная лучевая терапия при поражении центральной нервной системы и головного мозга» на установке стереотаксической радиохирургии «Гамма-нож» с учётом, что один сеанс на установке «Гамма-нож» соответствует семи фракциям дистанционной гамма-терапии».

4.31. КСГ st29.007 «Тяжелая множественная и сочетанная травма (политравма)» формируется по коду иного классификационного критерия «plt», отражающего наличие травмы в двух и более анатомических областях (голова/шея, позвоночник, грудная клетка, живот, таз, конечности), множественную травму и травму в нескольких областях тела, и коду МКБ-10 дополнительного диагноза, характеризующего тяжесть состояния. Подробное описание группировки случаев лечения тяжелой множественной и сочетанной травмы (политравмы) приведено в Инструкции по группировке случаев.

4.32. Отнесение к КСГ, применяемым для оплаты случаев лечения сепсиса (st12.005, st12.006, st12.007) осуществляется по сочетанию кода диагноза МКБ-10 и возрастной категории пациента и/или иного классификационного критерия «it1». При кодировании случаев лечения сепсиса соответствующий диагноз необходимо указывать либо в поле «Основной диагноз», либо в поле «Диагноз осложнения». При этом отнесение к указанным КСГ с учетом возрастной категории и/или критерия «it1» сохраняется вне зависимости от того, в каком поле указан код диагноза.

4.33. Отнесение случаев лечения пациентов с органной дисфункцией к КСГ st04.006 «Панкреатит с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.007 «Сепсис с синдромом органной дисфункции», КСГ st12.013 «Грипп и пневмония с синдромом органной дисфункции», КСГ st27.013 «Отравления и другие воздействия внешних причин с синдромом органной дисфункции» и КСГ st33.008 «Ожоги (уровень 4,5) с синдромом органной дисфункции» осуществляется с учетом в том числе дополнительного классификационного критерия – «оценка состояния пациента» с кодом «it1». При этом необходимыми условиями кодирования случаев лечения пациентов с органной дисфункцией являются:

Непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 72 часов и более;

Оценка по Шкале органной недостаточности у пациентов, находящихся на интенсивной терапии (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA), – не менее 5 или оценка по шкале оценки органной недостаточности у пациентов детского возраста, находящихся на интенсивной терапии (Pediatric Sequential Organ Failure Assessment, pSOFA) не менее 4.

4.33.1. Для кодирования признака «it1» должны выполняться одновременно оба условия. За основу берется оценка по шкале SOFA или pSOFA (для лиц младше 18 лет) в наиболее

критическом за период госпитализации состоянии пациента. Оценка состояния пациента по шкале SOFA осуществляется на основе оценки дисфункции шести органных систем (дыхательная, коагуляционная, печеночная, сердечно-сосудистая, неврологическая, почечная). Оценка каждого параметра в 0 баллов соответствует легкой дисфункции, оценка в 4 балла соответствует тяжелой недостаточности. Градации оценок по шкале SOFA приведена в Инструкции по группировке случаев.

4.34. Отнесение к КСГ st36.008 «Интенсивная терапия пациентов с нейрогенными нарушениями жизненно важных функций, нуждающихся в их длительном искусственном замещении» по коду МКБ-10 (основное заболевание) и коду дополнительного классификационного критерия «it2», означающего непрерывное проведение искусственной вентиляции легких в течение 480 часов и более.

4.35. Отнесение к КСГ st36.028-st36.047 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-20)» осуществляется по коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и МНН лекарственных препаратов.

4.36 Оплата случаев лечения по поводу эпилепсии в круглосуточном стационаре осуществляется по четырем КСГ профиля «Неврология», при этом КСГ st15.005.1 «Эпилепсия, судороги (уровень 1.1)» формируется только по коду диагноза по МКБ-10, а КСГ st15.005.2, st15.018, st15.019 и st15.020 формируются по сочетанию кода диагноза и иного классификационного критерия «er0», «er1», «er2» или «er3» соответственно, с учетом объема проведенных лечебно-диагностических мероприятий.

4.37. В медицинских организациях 1-го уровня, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа), осуществляется оказание медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» за исключением проведения плановых случаев лечения по КСГ st02.004 «Кесарево сечение».

4.37.1. Пациентки с плановыми случаями лечения по КСГ st02.004 «Кесарево сечение» направляются в медицинские организации 2-го и 3-го уровня оказания перинатальной медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава России и Депздрава Югры.

4.37.2. В стоимость тарифа КСГ профиля «Акушерство и гинекология», применяемых при оплате случаев родоразрешения, включены расходы на тестирование для установления COVID-статуса всех новорожденных, рожденных от матерей с подозреваемым/подтвержденным инфицированием COVID-19. Забор материала для выполнения ПЦР производится из зева/ротоглотки (все новорожденные). У интубированных новорожденных для ПЦР производится дополнительный забор аспирата из трахеи и бронхов. Тесты проводятся двукратно, в первые часы после рождения и на третьи сутки жизни.

4.38. Оплата случаев лечения пациентов с COVID-19 в круглосуточном стационаре осуществляется в зависимости от тяжести заболевания, определяемого в соответствии с Временными методическими рекомендациями «Профилактика диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

4.38.1. Оплата лечения пациентов с COVID-19 в случае перевода пациента на долечивание осуществляется:

в пределах одной медицинской организации – оплата в рамках одного случая оказания медицинской помощи (по КСГ с наибольшей стоимостью законченного случая лечения заболевания);

в другую медицинскую организацию – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения заболевания. Оплата законченного случая лечения после перевода осуществляется по КСГ st12.019 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (долечивание)». Оплата прерванных случаев после перевода осуществляется в общем порядке.

в амбулаторных условиях – оплата случая лечения до перевода осуществляется за прерванный случай оказания медицинской помощи по КСГ, соответствующей тяжести течения

заболевания. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с порядком, определенным тарифным соглашением.

4.39. КСГ st36.004.2 применяется в случаях введения медицинской организацией лекарственных препаратов, предоставленных пациентом, получившим лекарственные препараты по программам льготного лекарственного обеспечения за счет средств областного или федерального бюджета, в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами, или иной организацией, действующей в интересах пациента, из иных источников финансирования (за исключением лекарственных препаратов приобретенных пациентом или его представителем за счет личных средств) в соответствии с таблицей 8 и разделом XVI Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре.

#### **Оплата случаев лечения, предполагающих сочетание оказания высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи пациенту**

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

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

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

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

#### **Условия получения плановой медицинской помощи по направлениям в медицинские организации на территории автономного округа и за его пределами**

4.44. 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 лечащего врача МО, к которой прикреплен пациент и в настоящее время проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского

страхования и в рамках Программы в соответствии с медицинскими показаниями или стандартами (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

При этом во всех случаях направления на госпитализацию в плановой форме из любых условий оказания медицинской помощи, МО публикует (размещает) направление в электронном виде в «Региональном реестре направлений в системе ОМС» на информационном ресурсе ТФОМС Югры, а МО осуществляющая госпитализацию указывает данные направления в реестре счетов на оказанную медицинскую помощь.

## **Раздел V. Порядок оплаты случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи**

### **Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация»**

5.1. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» во всех условиях осуществляется по нормативу финансовых затрат, утвержденных Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (Приложения 8, 17, 18 к настоящему Тарифному соглашению).

5.2. Комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» – это комплекс медицинских вмешательств в амбулаторных условиях, направленных на медицинскую реабилитацию.

5.3. Оплата комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется за законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по дифференцированным тарифам комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом заболевания (профиля заболевания) и баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (далее – ШРМ), а также на дому, и на дому с использованием телемедицинских технологий, включает в себя консультации необходимых специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных индивидуальной программой медицинской реабилитации. При этом, по решению лечащего врача консультация отдельных специалистов в рамках комплексного посещения может осуществляться в том числе с использованием телемедицинских технологий (1-2 посещения). В реестре медицинской помощи указываются все учтенные в медицинской документации услуги и посещения (по тарифам комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» (Приложение 8 к Тарифному соглашению);

5.4. Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация», дифференцированное как ШРМ 3, проводится взрослым пациентам с оценкой состояния по ШРМ (3 балла) мультидисциплинарной реабилитационной командой, включает не менее 10 посещений и услуг по реабилитации с длительностью случая не менее 14 календарных дней. Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация», дифференцированное как ШРМ 3, в случае проведения медицинской реабилитации детям проводится в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации при уровне курации III, включает не менее 10 посещений и услуг по реабилитации с длительностью случая не менее 14 календарных дней.

5.5. Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» дифференцированное как ШРМ 2, проводится взрослым пациентам с оценкой состояния по ШРМ (2 балла) мультидисциплинарной реабилитационной командой, включает 7-10 посещений и услуг по реабилитации с длительностью случая не менее 9 календарных дней. Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» дифференцированное как ШРМ 2, в случае проведения медицинской реабилитации детям проводится в зависимости от сложности проведения медицинской реабилитации при уровне курации II или I, включает не менее 7-10 посещений и услуг по реабилитации с длительностью случая не менее 9 календарных дней.

5.6. Объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской

помощи по профилю «Медицинская реабилитация», определяется по формуле:

$$OC_{MPi}^{AMB} = \sum (O_{MP} \times T_{MP}),$$

где:

$OC_{MPi}^{AMB}$	объем средств, полученных i-той медицинской организацией за оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» в амбулаторных условиях;
$O_{MP}$	объем комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» с учетом в том числе заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента;
$T_{MP}$	тариф на оплату комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» для соответствующего заболевания (профиля заболевания) и состояния пациента.

5.7. Лечение по профилю медицинская реабилитация в условиях круглосуточного, а также дневного стационаров производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация».

5.8. Для КСГ st37.001 - st37.013, st37.021 - st37.023 в стационарных условиях и для КСГ ds37.001 - ds37.008, ds37.015 - ds37.016 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по ШРМ в соответствии с Порядком организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 N 788н (зарегистрировано в Минюсте России 25.09.2020 N 60039). При оценке 2 балла по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 балла по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации. При оценке 4 - 5 - 6 баллов по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях.

5.9. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах, требующих продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем служит оценка степени тяжести заболевания, определяющая сложность и условия проведения медицинской реабилитации. При средней и тяжелой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок может получать медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

5.10. Случай реабилитации по КСГ (st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026) длительностью менее предусмотренного соответствующим классификационным критерием значения является прерванным и оплачивается в соответствии с Приложением 18 к Тарифному соглашению.

5.11. В целях учета случаев медицинской реабилитации с применением роботизированных систем и введение ботулинического токсина предусмотрены иные классификационные критерии, включающие, в том числе оценку по шкале реабилитационной маршрутизации и длительность лечения.

5.12. Применение роботизированных систем и/или введение ботулинического токсина для КСГ не является обязательным.

5.13. Оплата первого этапа медицинской реабилитации осуществляется с использованием коэффициента сложности лечения пациентов.

5.14. Данный коэффициент предусматривает оплату реабилитационных мероприятий при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации).

5.15. КСЛП «Проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов» применяется один раз к случаю лечения, в том числе в случае, если оплата случая лечения осуществляется по двум КСГ.

**Оплата случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация» родителям, госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения**

5.16. Медицинская реабилитация в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, при оказании детям специализированной либо высокотехнологичной медицинской помощи и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, в соответствии с установленными способами оплаты.

**Особенности формирования реабилитационных КСГ**

5.17. Отнесение к КСГ st37.001 - st37.029 и ds37.001 - ds37.019, охватывающим случаи оказания реабилитационной помощи, производится по коду сложных и комплексных услуг Номенклатуры (раздел В) в большинстве случаев вне зависимости от диагноза. В КСГ, используемые для оплаты медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями центральной нервной системы, дополнительно включен диагноз «Рассеянный склероз» (код МКБ-10 G35).

5.18. Также для отнесения к группе КСГ учитывается иной классификационный критерий, в котором учтены следующие параметры:

- шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ), установленной Порядком медицинской реабилитации взрослых;
- уровень курации установленный порядком медицинской реабилитации для детей;
- оптимальная длительность реабилитации в койко-днях (пациенто-днях);
- факт проведения медицинской реабилитации после перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19;
- факт назначения ботулинического токсина;
- факт применения роботизированных систем;
- факт сочетания (выполнения) 2-х и более медицинских услуг.

5.19. Перечень иных классификационных критериев представлен с расшифровкой в таблице.

Код ДКК	Наименование ДКК
rb2	2 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)



	по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ)
rbpt	Посттрансплантационный период для пациентов, перенесших трансплантацию гемопоэтических стволовых клеток крови и костного мозга (от 30 до 100 дней)
rbrob4d12	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 12 дней
rbrob4d14	4 балла по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 14 дней
rbrob5d18	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 18 дней
rbrob5d20	5 баллов по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) с применением роботизированных систем, не менее 20 дней
rhs	Обязательное сочетание 2-х медицинских услуг: <u>B05.069.005</u> «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации», <u>B05.069.006</u> «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации»
ykur1	Уровень курации I
ykur2	Уровень курации II
ykur3d12	Уровень курации III, не менее 12 дней
ykur4d18	Уровень курации IV, не менее 18 дней
ykur3	Уровень курации III
ykur4	Уровень курации IV
rbtcs45d18	Транскраниальная магнитная стимуляция ритмическая навигационная под контролем электромиографии (не менее 12 сеансов), в сочетании с тренировками с биологической обратной связью по подографическим показателям, тренировками с биологической обратной связью по опорной реакции, коррекцией нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий, высокоинтенсивной лазерной терапии и лечебной физкультурой с использованием тренажера у пациентов с размождением и травматической ампутацией нижних конечностей, полученных при боевой травме, после протезирования и имеющие навыки ходьбы на протезе, с оценкой функциональных нарушений по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 4 - 5 баллов (не менее 18 дней). Дополнительно к транскраниальной магнитной стимуляции обязательное сочетание не менее 5 медицинских услуг: A13.29.003 «Клинико-психологическая адаптация»; A17.24.001 «Чрескожная электронейростимуляция при заболеваниях периферической нервной системы»; A19.03.003.015 «Тренировка с биологической обратной связью по подографическим показателям при переломе костей»; A19.23.004 «Коррекция нарушения двигательной функции с использованием компьютерных технологий»; A19.30.011 «Тренировка с биологической обратной связью по опорной реакции»
rbbrobcs4d17	Комплексная медицинская реабилитация с использованием роботизированного программно-аппаратного комплекса, проведением чрезкожной электростимуляции спинного мозга, внутримышечным введением ботулинического токсина типа А-гемагглютинирующего комплекса для восстановления функции нижних мочевыводящих путей у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 4 балла (не менее 17 дней). Обязательное выполнение медицинских услуг: A03.28.001 «Цистоскопия (с введением ботулотоксина)»; A17.23.003 «Электронейростимуляция спинного мозга (ЧЭСММ)»;

	A19.03.001.003 «Роботизированная механотерапия при травме позвоночника»; A17.24.011 «Электростимуляция двигательных нервов»; A19.03.004.001 «Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при травме позвоночника с поражением спинного мозга»; A19.30.012 «Упражнения лечебной физкультуры с использованием подвесных систем»
rbbrobst5d17	Комплексная медицинская реабилитация с использованием роботизированного программно-аппаратного комплекса, проведением чрезкожной электростимуляции спинного мозга, внутримышечным введением ботулинического токсина типа А-гемагглютинину комплекса для восстановления функции нижних мочевыводящих путей у пациентов с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы с оценкой по шкале реабилитационной маршрутизации (ШРМ) 5 баллов (не менее 17 дней). Обязательное выполнение медицинских услуг: A03.28.001 «Цистоскопия (с введением ботулотоксина)»; A17.23.003 «Электростимуляция спинного мозга (ЧЭСММ)»; A19.03.001.003 «Роботизированная механотерапия при травме позвоночника»; A17.24.011 «Электростимуляция двигательных нервов»; A19.03.004.001 «Индивидуальное занятие лечебной физкультурой при травме позвоночника с поражением спинного мозга»; A19.30.012 «Упражнения лечебной физкультуры с использованием подвесных систем»

5.16. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в круглосуточный стационар или дневной стационар по максимально выраженному признаку.

5.17. При оценке 0 - 1 балла по ШРМ пациент не нуждается в медицинской реабилитации; при оценке 2 балла пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара; при оценке 3 балла медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента и в соответствии с маршрутизацией, установленной в субъекте Российской Федерации; при оценке 4 - 6 баллов медицинская реабилитация осуществляется в стационарных условиях, а также в рамках выездной реабилитации в домашних условиях и консультаций в телемедицинском режиме.

#### **Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации**

5.18. Отнесение к КСГ «Медицинская реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации» (КСГ st37.015 и ds37.010) осуществляется по коду медицинской услуги B05.028.001 «Услуги по медицинской реабилитации пациента с заболеваниями органа слуха» или B05.046.001 «Слухо-речевая реабилитация глухих детей с кохлеарным имплантом» в сочетании с двумя классификационными критериями: возраст до 18 лет (код 5) и код классификационного критерия «rbs».

5.19. Классификационный критерий «rbs» означает обязательное сочетание двух медицинских услуг: B05.069.005 «Разработка индивидуальной программы дефектологической реабилитации» и B05.069.006 «Разработка индивидуальной программы логопедической реабилитации».

### **Раздел VI . Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи**

6.1. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том

числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

6.2. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в стационарах круглосуточного пребывания, за счёт средств обязательного медицинского страхования, осуществляется по факту завершения случая медицинской помощи (законченный случай) по тарифам в соответствии с нормативом финансовых затрат, установленных базовой программой ОМС на единицу объема предоставления медицинской помощи, с применением коэффициента дифференциации (приложение 22 к Тарифному соглашению).

6.3. Расчёт норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках ТП ОМС за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования за медицинскую помощь, осуществляется по формуле:

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

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

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

$K_{\text{диф}}$  – коэффициент дифференциации, рассчитываемый в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». Значение КД на 2026 год – 1,748;

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

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

объёмы предоставления высокотехнологичной медицинской помощи и соответствующее им финансовое обеспечение.

6.5. Отнесение случая лечения к группе ВМП осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, вида лечения и метода лечения, определёнными разделом I «Перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счёт субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования» приложения к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов.

**Раздел VII. 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**

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

7.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций оплата, в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования и по отдельным тарифам определён приложением 4 к Тарифному соглашению. Медицинские организации обязаны вести отдельный учет вызовов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным гражданам (финансовое обеспечение, на которых предусмотрено в рамках базовой программы ОМС).

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

7.2.1. 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),

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

**Оплата скорой медицинской помощи в амбулаторных условиях.**

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

медицинской помощи случаев оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной форме в амбулаторных условиях средним медицинским работником, имеющим сертификат по специальности «скорая и неотложная помощь», производится по тарифу «Посещение фельдшера (акушера)».

## **Раздел VIII. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления с особенностями формирования реестров счетов на оплату медицинской помощи**

**Оплата медицинской помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи.**

8.1. Оплата медицинской помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) по всем видам и условиям ее предоставления осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и за единицу объема медицинской помощи:

8.1.1. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает расходы на финансовое обеспечение:

первичной врачебной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) лицам, застрахованным на территории автономного округа, в части оказания медицинской помощи по поводу заболеваний, посещений с профилактической целью, в том числе выписки рецептов, выдача справок и других медицинских документов, за исключением расходов, поименованных в п.п. 1.1.2. п. 1 настоящего раздела;

первичной специализированной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-специалистами по специальностям «Акушерство и гинекология», «Ревматология», «Гериатрия», «Гематология», «Аллергология и иммунология», «Сердечно-сосудистая хирургия», «Онкология», «Челюстно-лицевая хирургия», «Нейрохирургия», «Дерматовенерология», «Гастроэнтерология», «Инфекционные болезни», «Кардиология», «Неврология», «Нефрология», «Оториноларингология», «Офтальмология», «Колопроктология», «Пульмонология», «Травматология-ортопедия», «Урология», «Хирургия» и «Эндокринология» лицам, застрахованным на территории автономного округа, в части оказания медицинской помощи по поводу заболеваний, посещений с профилактической целью, в том числе выписки рецептов, выдача справок и других медицинских документов, за исключением расходов, поименованных в п. 8.1.2.;

назначенные вышеуказанными врачами и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги, услуги параклинических подразделений, за исключением расходов, поименованных в п. 8.1.2.;

специализированной помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров за исключением расходов, поименованных в п. 8.1.2.;

консультаций медицинским психологом ветеранов боевых действий, его (ее) супруги (а), а также супруги (а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, а также лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

8.1.2. В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

на стоматологическую медицинскую помощь;

на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам автономного округа за пределами территории страхования;

на оплату 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, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) в амбулаторных условиях;

на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных, а также в условиях круглосуточного и дневного стационаров по профилю «Медицинская реабилитация», в том числе с использованием телемедицинских технологий при проведении медицинской реабилитации на дому;

на оплату медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров по профилям «Онкология» и «Детская онкология»;

на оплату услуг диализа, а также лекарственной терапии у пациентов, получающих диализ в условиях дневного стационара;

на оплату лечения хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара;

на оплату лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов в условиях дневного и (или) круглосуточного стационара;

на оплату профилактических медицинских осмотров взрослых и несовершеннолетних;

на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения, углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин (I и II этап), включая диспансеризацию маломобильных граждан в условиях круглосуточного стационара;

на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

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

на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;

на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов;

на медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению, в том числе с использованием телемедицинских технологий;

на оплату проведения терапевтического обучения в школах для пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

на оплату анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) детям при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, взрослым при проведении эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия);

на оплату внутривенного введения лекарственных препаратов для тромболитической терапии;

на оплату дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов;

на оплату радиоизотопной диагностики, генетических и цитогенетических исследований, электродиагностику головного мозга и нервов, электродиагностику мышц и нервов;

на оплату расшифровки, описания и интерпретации данных электрокардиографических исследований с применением телемедицинских технологий;

на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение

8.2. Критериями применения подушевого финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи для медицинских организаций являются:

8.2.1. расположение в сельской местности и (или) районах Крайнего Севера и местностях, приравненных к районам Крайнего Севера.

8.2.2. наличие в структуре медицинской организации подразделений, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

8.2.3. участковые больницы, в качестве самостоятельных юридических лиц.

8.3. При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи финансовое обеспечение стимулирования медицинских организаций, имеющих прикрепленное население для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, за достижение показателей результативности их деятельности, определяется доля средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке в размере 1 процента от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

При этом размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования определяется по следующей формуле:

$$ОС_{ПН} = ДП_{Н}^i \times Ч_3^i + ОС_{РД}, \text{ где:}$$

$ОС_{ПН}$  финансовое обеспечение медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу финансирования, рублей;

$ДП_{Н}^i$  дифференцированный подушевой норматив финансирования амбулаторной медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

$ОС_{РД}$  объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке (далее – объем средств с учетом показателей результативности), рублей.

8.4. Мониторинг достижения значений показателей результативности деятельности по каждой медицинской организации и ранжирование медицинских организаций проводится Комиссией ежеквартально.

8.5. Осуществление выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности производится по итогам года.

8.6. Выплаты по итогам года распределяются на основе сведений об оказанной медицинской помощи за период декабрь предыдущего года – ноябрь текущего года и включаются в счет за декабрь.

8.7. Показатели результативности деятельности установлены в Таблице 4. Показатели оценки выполнения объемов медицинской помощи во всех условиях представлены в Таблице 4.1.

8.8. Порядок расчета значений показателей результативности деятельности и их применения представлены в Методических рекомендациях. Порядок расчета значений показателей оценки выполнения объемов медицинской помощи во всех условиях представлен в Таблице 5.

8.9. Перечень медицинских организаций и установленные для них показатели результативности представлен в Таблице 6.

8.10. С учетом фактического выполнения показателей, медицинские организации распределяются на три группы: I – выполнившие до 40 процентов показателей, II – от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, III – от 60 (включительно) процентов показателей.

8.11. Объем средств, направляемый в медицинские организации по итогам оценки достижения значений показателей результативности деятельности, складывается из двух частей:

1 часть – распределение 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций II и III групп с учетом численности прикрепленного населения.

$$OC_{RD(нас)}^j = \frac{0,7 \times OC_{RD}^j}{\sum Числ}, \text{ где:}$$

$OC_{RD(нас)}^j$  – объем средств, используемый при распределении 70 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 прикрепленное лицо, рублей;

$OC_{RD}^j$  – совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum Числ$  – численность прикрепленного населения в j-м периоде ко всем медицинским организациям II и III групп.

8.12. Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию II и III групп за j-тый период при распределении 70 процентов от объема средств с учетом показателей результативности  $(OC_{RD(нас)i}^j)$ , рассчитывается следующим образом:

$$OC_{RD(нас)i}^j = OC_{RD(нас)}^j \times Числ_i^j, \text{ где:}$$

$Числ_i^j$  – численность прикрепленного населения в j-м периоде к i-той медицинской организации II и III групп.

2 часть – распределение 30 процентов от объема средств с учетом показателей результативности за соответствующий период.

Указанные средства распределяются среди медицинских организаций III группы с учетом абсолютного количества набранных соответствующими медицинскими организациями баллов.

$$OC_{RD(балл)}^j = \frac{0,3 \times OC_{RD}^j}{\sum Балл}, \text{ где:}$$

$OC_{RD(балл)}^j$  – объем средств, используемый при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, в расчете на 1 балл,

рублей;

$OC_{RD}^j$  совокупный объем средств на стимулирование медицинских организаций за j-ый период, рублей;

$\sum \text{Балл}$  количество баллов, набранных в j-м периоде всеми медицинскими организациями III группы.

8.13. Объем средств, направляемый в i-ю медицинскую организацию III группы за j-тый период, при распределении 30 процентов от объема средств на стимулирование медицинских организаций  $(OC_{RD(\text{балл})i}^j)$ , рассчитывается следующим образом:

$$OC_{RD(\text{балл})i}^j = OC_{RD(\text{балл})}^j \times \text{Балл}_i^j, \text{ где:}$$

$\text{Балл}_i^j$  количество баллов, набранных в j-м периоде i-той медицинской организацией III группы.

8.14. Если по итогам года отсутствуют медицинские организации, включенные в III группу, средства, предназначенные для осуществления стимулирующих выплат медицинским организациям III группы, распределяются между медицинскими организациями II группы в соответствии с установленной методикой (с учетом численности прикрепленного населения).

8.15. Общий объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности в медицинскую организацию III группы за j-тый период определяется путем суммирования 1 и 2 частей, а для медицинских организаций I группы за j-тый период – равняется нулю.

8.16. Осуществление выплат стимулирующего характера в полном объеме медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по всем видам и условиям, по результатам оценки ее деятельности, производится при условии снижения показателей смертности прикрепленного к ней населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности прикрепленного населения (взрослого и детского), а также фактического выполнения не менее 90 процентов, установленных решением Комиссии объемов предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях с профилактической и иными целями, по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно), а также в условиях круглосуточного и дневного стационаров.

8.17. В случае, если медицинской организацией не достигнуто снижение вышеуказанных показателей смертности прикрепленного населения (взрослого и детского) применяется понижающий коэффициент в размере 2% к размеру стимулирующих выплат, и (или) при выполнении медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи.

8.18. В амбулаторных условиях при условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи. Понижающий коэффициент ( $K_{\text{понап}}$ ) рассчитывается следующим образом:

$$K_{\text{понап}} = \frac{K_{\text{ппц}} + K_{\text{оз}} + K_{\text{ппп}}}{K_{\text{ап}}}, \text{ где:}$$

$K_{\text{ппц}}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения посещений с профилактической целью;

- $K_{O3}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения обращений в связи с заболеваниями;
- $K_{ПНП}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения посещений в неотложной форме;
- $K_{ап}$  общее количество понижающих коэффициентов (для поликлиники – 3).

8.19. Стимулирующие выплаты, предназначенные для оплаты медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, оцениваются только в части выполнения утвержденных объемов медицинской помощи. При условии выполнения медицинской организацией менее 90 процентов указанного объема медицинской помощи, также применяются понижающие коэффициенты к размеру стимулирующих выплат в зависимости от процента выполнения объемов медицинской помощи. Понижающий коэффициент ( $K_{пonc}$ ) рассчитывается следующим образом:

$$K_{пonc} = \frac{K_{КС} + K_{ДС}}{K_{с}}, \text{ где:}$$

- $K_{КС}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения случаев госпитализации в условиях круглосуточного стационара;
- $K_{ДС}$  понижающий коэффициент, применяемый в зависимости от процента выполнения случаев лечения в условиях дневного стационара;
- $K_{с}$  общее количество понижающих коэффициентов (для стационаров – 2).

Таблица 4

Показатели результативности деятельности медицинских организаций

№	Наименование показателя
1	Доля лиц в возрасте от 18 до 39 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.
2	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, выявленными впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения с впервые в жизни установленным диагнозом за период.
3	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах или диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование за период.
4	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная легочная болезнь за период.
5	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, выявленным впервые при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
6	Доля взрослых с подозрением на злокачественное новообразование органов дыхания, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа взрослых пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование органов дыхания.

7	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения <*> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний), состоящих под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов с болезнями системы кровообращения <*> с высоким риском развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (которые перенесли острое нарушение мозгового кровообращения, инфаркт миокарда, страдающих ишемической болезнью сердца в сочетании с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью, а также которым выполнены аортокоронарное шунтирование, ангиопластика коронарных артерий со стентированием и катетерная абляция по поводу сердечно-сосудистых заболеваний).
8	Доля лиц 18 лет и старше, состоявших под диспансерным наблюдением по поводу болезней системы кровообращения, госпитализированных в связи с обострениями или осложнениями болезней системы кровообращения <*>, по поводу которых пациент состоит на диспансерном наблюдении, от всех лиц соответствующего возраста, состоявших на диспансерном наблюдении по поводу болезней системы кровообращения <*> за период.
9	Доля взрослых с болезнями системы кровообращения, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом болезни системы кровообращения за период.
10	Доля взрослых с установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких за период.
11	Доля взрослых с установленным диагнозом сахарный диабет, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение за период, от общего числа взрослых пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сахарный диабет за период.
12	Доля взрослых, госпитализированных за период по экстренным показаниям в связи с обострением (декомпенсацией) состояний, по поводу которых пациент находится под диспансерным наблюдением, от общего числа взрослых пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением за период.
13	Доля взрослых, повторно госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений в течение года с момента предыдущей госпитализации, от общего числа взрослых пациентов, госпитализированных за период по причине заболеваний сердечно-сосудистой системы или их осложнений.
14	Доля взрослых, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета, у которых впервые зарегистрированы осложнения за период (диабетическая ретинопатия, диабетическая стопа), от общего числа, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу сахарного диабета за период.
15	Охват вакцинацией детей в рамках Национального календаря прививок <***>.
16	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани за период.
17	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней глаза и его придаточного аппарата за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней глаза и его придаточного аппарата за период.
18	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней органов пищеварения за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней органов пищеварения за период.
19	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней системы кровообращения за период от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней системы кровообращения за период.

20	Доля детей, в отношении которых установлено диспансерное наблюдение по поводу болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период, от общего числа детей с впервые в жизни установленными диагнозами болезней эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ за период.
21	Доля женщин, отказавшихся от искусственного прерывания беременности, от числа женщин, прошедших доабортное консультирование за период.
22	Доля мужчин с подозрением на злокачественное новообразование предстательной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа мужчин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным злокачественным новообразованием предстательной железы.
23	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование шейки матки, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование шейки матки, за период.
24	Доля женщин с подозрением на злокачественное новообразование молочной железы, выявленным впервые при профилактическом медицинском осмотре или диспансеризации, от общего числа женщин с подозрением на злокачественное новообразование или впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование молочной железы, за период.
25	Доля беременных женщин, прошедших скрининг в части оценки антенатального развития плода за период, от общего числа женщин, состоявших на учете по поводу беременности и родов за период.
26	Доля лиц в возрасте от 40 до 65 лет, не прошедших в течение последних двух лет профилактический медицинский осмотр или диспансеризацию, от общего числа прикрепленного населения этой возрастной группы.
27	Доля экспертиз качества медицинской помощи, оказанной в рамках диспансерного наблюдения, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья, летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
28	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
29	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к инвалидизации застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
30	Доля экспертиз качества медицинской помощи, в которых выявлены нарушения, приведшие к летальному исходу застрахованного лица, от всех проведенных экспертиз качества медицинской помощи.
31	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, с последующим ухудшением состояния здоровья.
32	Необоснованный отказ застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования, приведший к летальному исходу.
33	Доля застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с впервые выявленным диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения и получивших в течение трех рабочих дней консультацию врача-специалиста (фельдшера фельдшерско-акушерского пункта, фельдшерского пункта при условии возложения на него функции лечащего врача), от застрахованных лиц, которым оказывалась медицинская помощь в стационарных условиях, с диагнозом, по которому предусмотрено установление диспансерного наблюдения (за исключением тех пациентов, которые направлены на лечение в стационарных условиях и в условиях дневного стационара).

<\*> По Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем.

<\*\*\*> Приказ Минздрава России от 6 декабря 2021 г. № 1122н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок».

## Показатели оценки выполнения объемов медицинской помощи

Таблица 4.1

№	Наименование показателя	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	% выплат
Оценка выполнения объемов медицинской помощи в амбулаторных условиях ( $K_{\text{поп}}^{\text{а}}$ )				
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{ППЦ}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100
1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{ОЗ}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100
1.3	Выполнение количества посещений в неотложной форме, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{ПНП}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100
Оценка выполнения объемов медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров ( $K_{\text{пос}}$ )				
1.4	Выполнение количества случаев госпитализации в условиях круглосуточного стационара, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{КС}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100
1.5	Выполнение количества случаев лечения в условиях дневного стационара, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – $K_{\text{ДС}}$ в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение $\geq 90\%$ плана – 1,00	100

## Порядок расчета значений показателей оценки выполнения объемов медицинской помощи во всех условиях (ПП).

№	Наименование показателя	Формула расчета	Единицы измерения	Источник
Общие показатели				
Оценка выполнения объемов медицинской помощи				
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{ППЦ}} = \frac{V_{\text{факт ППЦ}}}{V_{\text{план ППЦ}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{ППЦ}}</math> - процент выполнения плана оказания посещений с профилактической целью;  <math>V_{\text{факт ППЦ}}</math> - фактическое количество посещений с профилактической целью, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{план ППЦ}}</math> - утвержденное количество посещений с профилактической целью в отчетном периоде (план на квартал равен <math>\frac{1}{4}</math> плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
1.2	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{ОЗ}} = \frac{V_{\text{факт ОЗ}}}{V_{\text{план ОЗ}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{ОЗ}}</math> - процент выполнения плана оказания обращений в связи с заболеваниями;  <math>V_{\text{факт ОЗ}}</math> - фактическое количество обращений в связи с заболеваниями, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{план ОЗ}}</math> - утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями в отчетном периоде (план на квартал равен <math>\frac{1}{4}</math> плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

1.3	Выполнение количества посещений в неотложной форме, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{ПНП}} = \frac{V_{\text{ПНП}}^{\text{факт}}}{V_{\text{ПНП}}^{\text{план}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{ПНП}}</math> - процент выполнения плана оказания посещений в неотложной форме;  <math>V_{\text{ПНП}}^{\text{факт}}</math> - фактическое количество посещений в неотложной форме, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{ПНП}}^{\text{план}}</math> - утвержденное количество посещений в неотложной форме в отчетном периоде (план на квартал равен 1/4 плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
1.4	Выполнение количества случаев госпитализации в условиях круглосуточного стационара, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{КС}} = \frac{V_{\text{КС}}^{\text{факт}}}{V_{\text{КС}}^{\text{план}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{КС}}</math> - процент выполнения плана оказания случаев госпитализации;  <math>V_{\text{КС}}^{\text{факт}}</math> - фактическое количество случаев госпитализации, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{КС}}^{\text{план}}</math> - утвержденное количество случаев госпитализации в отчетном периоде (план на квартал равен 1/4 плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.
1.5	Выполнение количества случаев лечения в условиях дневного стационара, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	$V_{\text{ДС}} = \frac{V_{\text{ДС}}^{\text{факт}}}{V_{\text{ДС}}^{\text{план}}} \times 100$ <p>где:  <math>V_{\text{ДС}}</math> - процент выполнения плана оказания случаев лечения;  <math>V_{\text{ДС}}^{\text{факт}}</math> - фактическое количество случаев лечения, выполненных в отчетном периоде;  <math>V_{\text{ДС}}^{\text{план}}</math> - утвержденное количество случаев лечения в отчетном периоде (план на квартал равен 1/4 плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

Таблица 6

Применение показателей результативности деятельности в медицинских организациях Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц во всех условиях

Наименование медицинской организации	Номер показателя результативности деятельности																																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	
БУ "Нижневартовская районная больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Нижнесортыванская участковая больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Федоровская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Лянторская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Нефтеюганская районная больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Угутская участковая больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Радужнинская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Новооганская районная больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Покачевская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Урайская городская клиническая больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Октябрьская районная больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Ханты-Мансийская районная больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓



## Раздел IX. Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

### Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях

#### Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях

9.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования ( $\Phi O_{CP}^{AMB}$ ), устанавливаемый в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$OC_{AMB}$  объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа;

$Ч_3$  численность застрахованного населения автономного округа, человек.

9.2. Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (No_{пмо} \times Hфз_{пмо} + No_{дисп} \times Hфз_{дисп} + No_{репр} \times Hфз_{репр} + No_{иц} \times Hфз_{иц} + No_{оз} \times Hфз_{оз} + No_{д(л)и} \times Hфз_{д(л)и} + No_{школ} \times Hфз_{школ} + No_{неотл} \times Hфз_{неотл} + No_{мр} \times Hфз_{мр} + No_{дн} \times Hфз_{дн} + No_{цз} \times Hфз_{цз} + No_{днз} \times Hфз_{днз}) \times Ч_3 - OC_{мтр}, \text{ где:}$$

$No_{пмо}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$No_{дисп}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$No_{репр}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;

$No_{иц}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;

$No_{оз}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой

государственных гарантий в части базовой программы, обращений;

Но <sub>д(л)и</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
Но <sub>школ</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>неотл</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но <sub>мр</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>дн</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>цз</sub>	средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>днз</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз <sub>пмо</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дисп</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>репр</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>иц</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями,

установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

Нфз <sub>03</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>д(л)и</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>школ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>неотл</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>мр</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дн</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>цз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>днз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>мтр</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами автономного округа, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

#### **Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

9.3. Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских пунктах и фельдшерских здравпунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра, диспансеризации застрахованных лиц, диспансерного наблюдения застрахованных лиц из числа взрослого населения, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности (в размере 1 процента от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) (далее – базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи) определяется по следующей формуле:

$$ПН_{Баз} = \left( \frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{Рд}}{Ч_3 \times СКДот \times СКДпв \times КД} \right), \text{ где:}$$

ПН <sub>Баз</sub>	Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, рублей;
ОС <sub>ПНФ</sub>	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ОС <sub>Рд</sub>	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей
СКДот	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;
СКДпв	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;
КД	единый коэффициент дифференциации автономного округа, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2026 год – 1,748);

9.3.1. Параметр СКДот используется в целях сохранения сбалансированности территориальной программы обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКДот = \frac{\sum (КД_{от}^i \times Ч_3^i)}{\sum (Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

КД <sub>от</sub> <sup>i</sup>	значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации
-------------------------------	--

$Ч^i_z$  Численность застрахованных лиц, прикрепленных к  $i$ -той медицинской организации, человек

9.3.2. По аналогичной формуле рассчитывается значение СКД<sub>пв</sub>

9.3.3. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа (ОС<sub>пнф</sub>), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, по следующей формуле:

$$ОС_{пнф} = ОС_{амб} - ОС_{флп} - ОС_{д(л)и} - ОС_{школ} - ОС_{неотл} - ОС_{ео} - ОС_{по} - ОС_{дисп} - ОС_{репр} - ОС_{дн} - ОС_{цз} - ОС_{днз} - ОС_{2\text{ эт}}, \text{ где:}$$

- |              |   |
|--------------|---|
| $ОС_{флп}$   | объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей; |
| $ОС_{д(л)и}$ | объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;   |
| $ОС_{школ}$  | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями в части ведения школ, в том числе сахарного диабета и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;   |
| $ОС_{неотл}$ | объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);   |
| $ОС_{ео}$    | объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в автономном округе лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;  |
| $ОС_{по}$    | объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;  |
| $ОС_{дисп}$  | объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы  |

обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин и углубленной диспансеризации), рублей;

ОС <sub>РЕПР</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДН</sub>	объем средств, направленных на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей
ОС <sub>ЦЗ</sub>	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДНЗ</sub>	объем средств, направленных на оплату проведения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>2 эт</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей.

9.3.4. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (ОС<sub>ФАП</sub>), рассчитывается в соответствии с пунктом 7 данного раздела.

9.3.5. Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{НЕОТЛ} \times Н_{ФЗНЕОТЛ} \times ЧЗ.$$

### **Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

9.4. С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в автономном округе при расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период и о численности застрахованных лиц за данный период.

9.5. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в автономном округе распределяется на следующие половозрастные группы:

9.5.1. до года мужчины/женщины;

9.5.2. год - четыре года мужчины/женщины;

9.5.3. пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

9.5.4. восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

9.5.6. шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

9.6. Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам – на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории

автономного округа.

9.7. Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) в автономном округе (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

З	затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;
М	количество месяцев в расчетном периоде;
Ч	численность застрахованных лиц на территории автономного округа.

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал ( $P_j$ ), по формуле:

$$P_j = Z_j \div M \div Ч_j, \text{ где:}$$

$Z_j$	затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;
$Ч_j$	численность застрахованных лиц автономного округа, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

9.8. Рассчитываются коэффициенты дифференциации  $KД_j$  для каждой половозрастной группы по формуле:

$$KД_j = P_j \div P.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

9.9. В случае, если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по автономному округу, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$KД_{пв}^i = \sum_j (KД_{пв}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

$KД_{пв}^i$	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;
$KД_{пв}^j$	половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);
$Ч_3^j$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;
$Ч_3^i$	численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

**Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала**

9.10. Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц ( $KД_{от}$ ) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий,

являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

9.11. При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

9.12. К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

9.12.1. для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,

9.12.2. для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации  $K_{\text{Дот}}$ , объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$K_{\text{Дот}}^i = (1 - \sum \text{Дот}_j) + \sum (K_{\text{Дот}_j} \times \text{Дот}_j), \text{ где}$$

$K_{\text{Дот}}^i$  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 численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для  $i$ -той медицинской организаций (при наличии);

$\text{Дот}_j$  доля населения, обслуживаемая  $j$ -ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

$K_{\text{Дот}_j}$  коэффициент дифференциации, применяемый к  $j$ -ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

#### **Расчет коэффициента уровня расходов медицинских организаций**

9.13. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются также с учетом коэффициентов уровня расходов медицинских организаций, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее –  $K_{\text{Дур}}$ ), установленных в тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

9.14. При расчете  $K_{\text{Дур}}$  могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

#### **Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования**

9.15. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских

организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа ( $ДП_{Н}^i$ ), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^i = ПН_{баз} \times КД_{ПВ}^i \times КД_{УР}^i \times КД_{ОТ}^i \times КД_{ЗП}^i \times КД^i, \text{ где}$$

$ДП_{Н}^i$	дифференцированный подушевой норматив для i-той медицинской организации, рублей;
$КД_{ПВ}^i$	коэффициент половозрастного состава, для i-той медицинской организации;
$КД_{УР}^i$	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для i-той медицинской организации;
$КД_{ОТ}^i$	коэффициент дифференциации оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для i-той медицинской организации;
$КД_{ЗП}^i$	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе;
$КД^i$	коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

#### **Расчет объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (ФАПов)**

9.16. Размер финансового обеспечения ФАПов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2026 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 101 до 800 жителей, – 1 533,7 тыс. рублей,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 801 до 1500 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей,

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 1501 до 2000 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей.

9.17. При расчете размеров финансового обеспечения ФАПов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2026 год – 1,748.

9.18. В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения ФАПов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитывающегося с учетом доли женщин репродуктивного

возраста в численности прикрепленного населения.

9.20 Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАПов в  $i$ -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times БНФ_{\text{ФАП}}^n \times КС_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАПов в $i$ -той медицинской организации;
$Ч_{\text{ФАП}}^n$	число ФАПов $n$ -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$БНФ_{\text{ФАП}}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – ФАПов $n$ -го типа;
$КС_{\text{БНФ}}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий наличие или отсутствие акушеров, а также критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем). Коэффициент специфики учитывает понижающий коэффициент (0,9) к размеру финансового обеспечения ФАПов, обслуживающих до 100 жителей.

9.21. В случае если у ФАПов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения ФАПов учитывает объем средств, направленных на их финансовое обеспечение за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left( \frac{БНФ_{\text{ФАП}}^j \times КС_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения ФАП;
$OC_{\text{ФАПнг}}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение ФАП с начала года;
$ФРО_{\text{ФАП}}^j$	размер финансового обеспечения ФАП, рассчитанный на основании размеров финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);
$n_{\text{мес}}$	количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФАПов.

## Раздел X. Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (скорая медицинская помощь)

### Основные параметры оплаты скорой медицинской помощи

10.1. В соответствии с Требованиями, на основе нормативов объемов медицинской помощи

и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, определяется размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи ( $\Phi O_{CP}^{CMT}$ ), оказываемой вне медицинской организации (далее – МО), медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{CMT} = \frac{OC_{CMT}}{Ч_3}, \text{ где}$$

$OC_{CMT}$  – объем средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа, рублей;

$Ч_3$  – численность застрахованного населения автономного округа, человек.

$$OC_{CMT} = (NO_{CMT} \times NFZ_{CMT}) \times Ч_3 - OC_{MTP}, \text{ где}$$

$NO_{CMT}$  – средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$NFZ_{CMT}$  – средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

$OC_{MTP}$  – размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами автономного округа, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей.

#### **Определение базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

10.2. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа, по следующей формуле:

$$ПН_{BA3} = \frac{OC_{CMT} - OC_B}{Ч_3 \times КД}$$

$ПН_{BA3}$  Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей;

$OC_B$  объем средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в автономном округе лицам за вызов, рублей;

$КД$  единый коэффициент дифференциации автономного округа, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2026 год – 1,748).

## **Определение дифференцированного подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи**

10.3. На основе базового (среднего) подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, с учетом объективных критериев дифференциации стоимости оказания медицинской помощи в автономном округе рассчитывается дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций по следующей формуле:

$$ДПн^i = Пнбаз \times КД_{пв}^i \times КД_{ур}^i \times КД_{зп}^i \times КД^i, \text{ где}$$

ДПн<sup>i</sup> – дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для i-той медицинской организации, рублей;

КД<sub>пв</sub><sup>i</sup> – коэффициент половозрастного состава, рассчитанный для соответствующей медицинской организации;

КД<sub>ур</sub><sup>i</sup> – коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) для i-той медицинской организации;

КД<sub>зп</sub><sup>i</sup> – коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в автономного округа, для i-той медицинской организации;

КД<sup>i</sup> – коэффициент дифференциации i-той медицинской организации.

При расчете каждого коэффициента дифференциации значение, равное 1, соответствует средневзвешенному уровню расходов, учитываемых для расчета коэффициента.

10.4. Размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, определяется исходя из значения, дифференцированного подушевого норматива, численности обслуживаемого населения, а также объемов медицинской помощи, оплата которых осуществляется за вызов по следующей формуле:

$$ФО_{смп} = ДПн^i \times ЧЗ^{пр} + ОС_{в}, \text{ где}$$

ФО<sub>смп</sub> – размер финансового обеспечения медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, рублей;

ЧЗ<sup>пр</sup> – численность застрахованных лиц, обслуживаемых данной медицинской организацией, человек.

## **Раздел XI. Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям ее предоставления**

### **Расчет объема финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях**

#### **Расчет объема средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях**

11.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема

медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования ( $\Phi O_{CP}^{AMB}$ ), устанавливаемый в соответствии с Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, определяется по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{OC_{AMB}}{Ч_3}, \text{ где:}$$

$OC_{AMB}$	объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа;
$Ч_3$	численность застрахованного населения автономного округа, человек.

11.1.1. Общий объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, по следующей формуле:

$$OC_{AMB} = (No_{PMO} \times Hfz_{PMO} + No_{дисп} \times Hfz_{дисп} + No_{РЕПР} \times Hfz_{РЕПР} + No_{иц} \times Hfz_{иц} + No_{ОЗ} \times Hfz_{ОЗ} + No_{д(л)и} \times Hfz_{д(л)и} + No_{школ} \times Hfz_{школ} + No_{НЕОТЛ} \times Hfz_{НЕОТЛ} + No_{МР} \times Hfz_{МР} + No_{дн} \times Hfz_{дн} + No_{цз} \times Hfz_{цз} + No_{днз} \times Hfz_{днз}) \times Ч_3 - OC_{МТР}, \text{ где:}$$

$No_{PMO}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$No_{дисп}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$No_{РЕПР}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
$No_{иц}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
$No_{ОЗ}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, обращений;
$No_{д(л)и}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, исследований;
$No_{школ}$	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных

	гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>НЕОТЛ</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, посещений;
Но <sub>МР</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>ДН</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>ЦЗ</sub>	средний норматив объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Но <sub>ДНЗ</sub>	средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, комплексных посещений;
Нфз <sub>ПМО</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>ДИСП</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>РЕПР</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>ИЦ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>ОЗ</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>Д(Л)И</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный Территориальной

программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;

Нфз <sub>шк</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, школах для беременных и по вопросам грудного вскармливания, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>неотл</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>мр</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация», установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>дн</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>цз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема посещений с профилактическими целями центров здоровья в амбулаторных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
Нфз <sub>днз</sub>	средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, установленный Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>мтр</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами автономного округа, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей;

#### **Расчет базового (среднего) подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц**

11.2. Значение базового (среднего) подушевого норматива финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания на прикрепившихся лиц, исключающего влияние применяемых коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, уровня медицинской организации, коэффициента дифференциации по территориям оказания медицинской помощи, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, стоимости медицинской помощи, оказываемой в фельдшерско-акушерских пунктах, фельдшерских пунктах и фельдшерских здравпунктах, стоимости проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации застрахованных лиц, диспансерного наблюдения застрахованных лиц из числа взрослого населения, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей

результативности деятельности (в размере 1 процента от базового норматива финансирования на прикрепившихся лиц) определяется по следующей формуле:

$$ПН_{БАЗПП} = \left( \left( \frac{ОС_{ПНФ} - ОС_{РД}}{Ч_3 \times СК_{Дот} \times СК_{Дпв} \times КД} \right) + \left( \frac{ФО_{КС} + ФО_{ДС} + ФО_{ПНП}}{Ч_{ЗПП} \times КД} \right) \right), \text{ где:}$$

ПН <sub>БАЗПП</sub>	Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления, рублей;
ОС <sub>ПНФ</sub>	объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, рублей;
ОС <sub>РД</sub>	объем средств, направляемых медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности согласно балльной оценке, рублей
СК <sub>Дот</sub>	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала;
СК <sub>Дпв</sub>	значение среднего взвешенного с учетом численности прикрепленного населения коэффициента половозрастного состава;
ФО <sub>КС</sub>	размер средств, запланированных по клинико-статистическим группам на возмещение затрат при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
ФО <sub>ДС</sub>	размер средств, запланированных по клинико-статистическим группам на возмещение затрат при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
ФО <sub>ПНП</sub>	размер средств запланированных на возмещение затрат при оказании неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, рублей;
Ч <sub>ЗПП</sub>	численность застрахованного прикрепленного населения к медицинским организациям, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, человек;
КД	единый коэффициент дифференциации автономного округа, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462 (на 2026 год – 1,748);

11.2.1. Параметр СК<sub>Дот</sub> используется в целях сохранения сбалансированности

территориальной программы обязательного медицинского страхования и рассчитывается по следующей формуле:

$$СКД_{от} = \frac{\sum (КД_{от}^i \times Ч_3^i)}{\sum (Ч_3^i)}, \text{ где:}$$

$КД_{от}^i$	значение коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, установленного тарифным соглашением для i-той медицинской организации
$Ч_3^i$	Численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек

11.2.2. По аналогичной формуле рассчитывается значение  $СКД_{пв}$

11.2.3. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа (ОСПНФ), рассчитывается без учета средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов, по следующей формуле:

$$ОС_{ПНФ} = ОС_{АМБ} - ОС_{ФАП} - ОС_{Д(Л)И} - ОС_{ШКОЛ} - ОС_{НЕОТЛ} - ОС_{ЕО} - ОС_{ПО} - ОС_{ДИСП} - ОС_{РЕПР} - ОС_{ДН} - ОС_{ЦЗ} - ОС_{ДНЗ} - ОС_{2\text{ эт}}, \text{ где:}$$

$ОС_{ФАП}$	объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов в соответствии с установленными Территориальной программой государственных гарантий размерами финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (при необходимости – за исключением медицинской помощи в неотложной форме), рублей;
$ОС_{Д(Л)И}$	объем средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
$ОС_{ШКОЛ}$	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
$ОС_{НЕОТЛ}$	объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей (используется в случае принятия Комиссией решения о финансировании медицинской помощи в неотложной форме вне подушевого норматива);

ОС <sub>ЕО</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в автономном округе лицам (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;
ОС <sub>ПО</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДИСП</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований (в том числе второго этапа диспансеризации, I и II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин и углубленной диспансеризации), рублей;
ОС <sub>РЕПР</sub>	объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДН</sub>	объем средств, направленных на оплату проведения диспансерного наблюдения, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ЦЗ</sub>	объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>ДНЗ</sub>	объем средств, направленных на оплату проведения дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов, в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой государственных гарантий в части базовой программы, рублей;
ОС <sub>2 эт</sub>	объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей.

11.2.3.1. Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (ОС<sub>ФАП</sub>), рассчитывается в соответствии с пунктом 7 данного приложения.

11.2.3.2. Объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи в неотложной форме, рассчитывается по следующей формуле:

$$ОС_{НЕОТЛ} = Н_{НЕОТЛ} \times Н_{ФЗНЕОТЛ} \times Ч_3.$$

### **Расчет половозрастных коэффициентов дифференциации**

11.3. С целью учета различий в потреблении медицинской помощи в автономном округе при расчете дифференцированного подушевого норматива финансирования учитываются половозрастные коэффициенты дифференциации. Половозрастные коэффициенты дифференциации рассчитываются на основании данных о затратах на оплату медицинской

помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период и о численности застрахованных лиц за данный период.

11.4. Для расчета дифференцированных подушевых нормативов численность застрахованных лиц в автономном округе распределяется на следующие половозрастные группы:

11.4.1. до года мужчины/женщины;

11.4.2. год - четыре года мужчины/женщины;

11.4.3. пять - семнадцать лет мужчины/женщины;

11.4.4. восемнадцать - шестьдесят четыре года мужчины/женщины;

11.4.5. шестьдесят пять лет и старше мужчины/женщины.

11.5. Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам – на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории автономного округа.

11.6. Определяется размер затрат на одно застрахованное лицо (Р) в автономном округе (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z \div M \div Ч, \text{ где:}$$

З            затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

М            количество месяцев в расчетном периоде;

Ч            численность застрахованных лиц на территории автономного округа.

Определяются размеры затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в j-тый половозрастной интервал (Р<sub>j</sub>), по формуле:

$$P_j = Z_j \div M \div Ч_j, \text{ где:}$$

З<sub>j</sub>            затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в j-тый половозрастной интервал за расчетный период;

Ч<sub>j</sub>            численность застрахованных лиц автономного округа, попадающего в j-тый половозрастной интервал.

11.7. Рассчитываются коэффициенты дифференциации КД<sub>j</sub> для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_j = P_j \div P.$$

При этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (в случае, если расчетное значение коэффициента потребления медицинской помощи по группам мужчин и женщин 65 лет и старше составляет менее 1,6, значение коэффициента принимается равным 1,6).

11.8. В случае, если структура прикрепленного к медицинской организации населения отличается от структуры населения в целом по автономному округу, то значения половозрастных коэффициентов дифференциации для медицинских организаций рассчитываются по следующей формуле:

$$КД_{пв}^i = \sum_j (КД_{пв}^j \times Ч_3^j) / Ч_3^i, \text{ где:}$$

КД<sub>пв</sub><sup>i</sup>            половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для i-той медицинской организаций;

КД<sub>пв</sub><sup>j</sup>            половозрастной коэффициент дифференциации, определенный для j-той половозрастной группы (подгруппы);

Ч<sub>3</sub><sup>j</sup>            численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, в j-той половозрастной группе (подгруппе), человек;

$Ч_3^i$ 

численность застрахованных лиц, прикрепленных к i-той медицинской организации, человек.

**Расчет коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала**

11.9. Указанный коэффициент дифференциации к подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (КД<sub>от</sub><sup>i</sup>) применяется в отношении медицинских организаций (юридических лиц) с учетом наличия у них подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (в том числе в отношении участковых больниц и врачебных амбулаторий, являющихся как отдельными юридическими лицами, так и их подразделениями).

11.10. При этом критерии отдаленности устанавливаются комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования.

11.11. К подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц таких медицинских организаций с учетом расходов на содержание медицинской организации и оплату труда персонала исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых территорий применяются следующие коэффициенты дифференциации в размере:

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих до 20 тысяч человек, не менее 1,113,

для медицинских организаций и их подразделений, обслуживающих свыше 20 тысяч человек, – не менее 1,04.

11.12. При этом допустимо установление дифференцированных значений коэффициентов для разных медицинских организаций или их подразделений в зависимости от комплектности участков, обслуживаемого радиуса и др.

11.13. В случае если только отдельные подразделения медицинской организации, а не медицинская организация в целом, соответствуют условиям применения коэффициента дифференциации КД<sub>от</sub><sup>i</sup>, объем направляемых финансовых средств рассчитывается исходя из доли обслуживаемого данными подразделениями населения:

$$КД_{от}^i = (1 - \sum D_{отj}) + \sum (КД_{отj} \times D_{отj}), \text{ где}$$

КД<sub>от</sub><sup>i</sup> 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 численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, определенный для i-той медицинской организаций (при наличии);

Д<sub>отj</sub> доля населения, обслуживаемая j-ым подразделением, расположенным в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек (значение от 0 до 1);

КД<sub>отj</sub> коэффициент дифференциации, применяемый к j-ому подразделению, расположенному в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала.

## Расчет коэффициента уровня расходов медицинских организаций

11.14. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской организации определяются также с учетом коэффициентов уровня расходов медицинских организаций, применяемых к базовому подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – КДур), установленных в тарифном соглашении для групп медицинских организаций.

11.15. При расчете КДур могут учитываться плотность расселения обслуживаемого населения, транспортная доступность, климатические и географические особенности территории обслуживания населения, а также расходы, связанные с содержанием медицинской организации, в том числе в зависимости от размера и площади медицинской организации.

## Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансирования

11.16. Дифференцированные подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования автономного округа (ДП<sub>Н</sub><sup>і</sup>), рассчитываются на основе базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях по следующей формуле:

$$ДП_{Н}^{і} = П_{нбаз} \times КД_{ПВ}^{і} \times КД_{УР}^{і} \times КД_{ОТ}^{і} \times КД_{ЗП}^{і} \times КД^{і}, \text{ где}$$

ДП <sub>Н</sub> <sup>і</sup>	дифференцированный подушевой норматив для і-той медицинской организации, рублей;
КД <sub>ПВ</sub> <sup>і</sup>	коэффициент половозрастного состава, для і-той медицинской организации;
КД <sub>УР</sub> <sup>і</sup>	коэффициент уровня расходов медицинских организаций, для і-той медицинской организации;
КД <sub>ОТ</sub> <sup>і</sup>	коэффициент дифференциации оказания медицинской помощи, учитывающий наличие подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, для і-той медицинской организации;
КД <sub>ЗП</sub> <sup>і</sup>	коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного «дорожными картами» развития здравоохранения в автономном округе.
КД <sup>і</sup>	коэффициент дифференциации і-той медицинской организации.

## Расчет объема финансового обеспечения фельдшерско-акушерских пунктов, фельдшерских пунктов и фельдшерских здравпунктов (ФАПов)

11.17. Размер финансового обеспечения ФАПов при условии их соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет в среднем на 2026 год:

фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий

от 101 до 800 жителей, – 1 533,7 тыс. рублей,  
фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий  
от 801 до 1500 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей,  
фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий  
от 1501 до 2000 жителей, – 3 067,5 тыс. рублей.

11.18. При расчете размеров финансового обеспечения ФАПов применяется коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462. Значение КД на 2026 год – 1,748.

11.19. В случае оказания медицинской помощи указанными пунктами женщинам репродуктивного возраста, но при отсутствии в указанных пунктах акушеров, полномочия по работе с такими женщинами осуществляются фельдшером (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). В этом случае размер финансового обеспечения ФАПов устанавливается с учетом отдельного повышающего коэффициента, рассчитывающегося с учетом доли женщин репродуктивного возраста в численности прикрепленного населения.

11.20. Размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАПов в  $i$ -той медицинской организации, рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^i = \sum_n (Ч_{\text{ФАП}}^n \times БНФ_{\text{ФАП}}^n \times КС_{\text{БНФ}}^n), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^i$	размер средств, направляемых на финансовое обеспечение ФАПов в $i$ -той медицинской организации;
$Ч_{\text{ФАП}}^n$	число ФАПов $n$ -типа (в зависимости от численности обслуживаемого населения и соответствия требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению);
$БНФ_{\text{ФАП}}^n$	базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций – ФАПов $n$ -го типа;
$КС_{\text{БНФ}}^n$	коэффициент специфики оказания медицинской помощи, применяемый к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающий критерий соответствия их требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации (в том числе с учетом расчетного объема средств на оплату консультаций, связанных с проведением санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, аборт и инфекций, передаваемых половым путем). Коэффициент специфики учитывает понижающий коэффициент (0,9) к размеру финансового обеспечения ФАПов, обслуживающих до 100 жителей.

В случае если у ФАПов в течение года меняется численность обслуживаемого населения, а также факт соответствия требованиям, установленными Приказом № 543н, годовой размер финансового обеспечения ФАПов учитывает объем средств, направленных на их финансовое обеспечение за предыдущие периоды с начала года и рассчитывается следующим образом:

$$OC_{\text{ФАП}}^j = OC_{\text{ФАПнг}}^j + \left( \frac{БНФ_{\text{ФАП}}^j \times КС_{\text{БНФ}}^j}{12} \times n_{\text{мес}} \right), \text{ где:}$$

$OC_{\text{ФАП}}^j$	фактический размер финансового обеспечения ФАП;
$OC_{\text{ФАПнг}}^j$	размер средств, направленный на финансовое обеспечение ФАП с начала года;
$ФРО_{\text{ФАП}}^j$	размер финансового обеспечения ФАП, рассчитанный на основании размеров

финансового обеспечения и поправочных коэффициентов (на год);

$n_{\text{мес}}$  количество месяцев, оставшихся до конца календарного года.

Расходы на оплату транспортных услуг не входят в размеры финансового обеспечения ФАПов.

## **Раздел XII. Порядок оплаты медицинской помощи при межучрежденческих расчетах между медицинскими организациями через страховую медицинскую организацию в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры**

12.1. Межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования осуществляются с использованием двух моделей организации оплаты:

в рамках договоров между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования;

через страховую медицинскую организацию по тарифам для проведения межучрежденческих расчетов, установленных Тарифным соглашением в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2026 год (далее – Тарифное соглашение).

12.2. Настоящий Порядок регулирует условия и порядок оплаты медицинской помощи при межучрежденческих расчетах между медицинскими организациями через страховую медицинскую организацию в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – система межучрежденческих расчетов).

12.3. В систему межучрежденческих расчетов включаются медицинские организации – заказчики и медицинские организации – исполнители.

12.4. Медицинские организации – заказчики (далее – МО-заказчики) – медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, центры/отделения общей (семейной) врачебной практики, стационарные отделения медицинских организаций в случаях, установленных настоящим Порядком) любой формы собственности, участвующие в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, направившие пациента в медицинскую организацию – исполнителя для выполнения диагностических инструментальных и лабораторных исследований, а также иных видов медицинской помощи, предусмотренных Тарифным соглашением.

12.5. Медицинские организации – исполнители (далее – МО-исполнители) – медицинские организации (самостоятельные поликлиники, поликлинические отделения в составе медицинских организаций, центры/отделения общей (семейной) врачебной практики) любой формы собственности, оказывающие медицинские услуги в рамках межучрежденческих расчетов, по направлениям, выданным МО-заказчиком по учетной форме № 057/у-04 и внесенным в Электронный региональный реестр направлений (далее – ЭРРН), в соответствии с Требованиями к форме и содержанию направления на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию в форме электронного документа, утвержденными приказом Депздрава Югры и ТФОМС Югры (далее – направление, требования к форме и содержанию направления).

12.6. Оплата медицинской помощи, оказанной прикрепленным к МО-заказчикам пациентам, производится страховой медицинской организацией за счет дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-заказчика путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате страховой медицинской организацией с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых МО-исполнителям за оказание медицинской помощи прикрепленным к МО-заказчикам пациентам.

12.7. Оплата медицинской помощи, оказанной не прикрепленным к МО-заказчикам пациентам, в случаях, установленных настоящим порядком, производится страховой медицинской организацией за счет средств МО-заказчика путем ежемесячного перечисления средств в установленном порядке, на основании счета, принятого к оплате страховой медицинской

организацией с учетом удержания из суммы счета средств, перечисляемых МО-исполнителям за оказание медицинской помощи, не прикрепленным к МО-заказчикам пациентам, при оплате законченного случая по КСГ, иным комплексным тарифам.

12.8. В целях обеспечения прав застрахованных лиц на выбор медицинской организации в соответствии с частью 5 статьи 19 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оформлении направления МО-заказчиком указывается МО-исполнитель.

12.9. В систему межучрежденческих расчетов не включается (за исключением случаев, установленных настоящим Порядком):

медицинская помощь, оказываемая в стационарных условиях (оплата законченного случая по КСГ);

медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара (оплата законченного случая по КСГ);

скорая медицинская помощь;

первичная медико-санитарная помощь, оказываемая в амбулаторных условиях фельдшерскими здравпунктами и фельдшерско-акушерскими пунктами;

медицинская помощь по профилю «стоматология»;

отдельные диагностические (лабораторные) исследования: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопические диагностические исследования, молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии и (или) однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК-вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), по направлениям медицинских организаций в амбулаторных условиях;

генетические исследования;

цитогенетические исследования;

радиоизотопная диагностика;

электродиагностика головного мозга и нервов,

электродиагностика мышц и нервов;

консультативная помощь (за исключением телемедицинских консультаций);

диагностические исследования, выполненные в рамках законченного случая при консультативной помощи, включающей посещение врача – консультанта или обращение по заболеванию при направлении из амбулаторных условий МО-заказчиком не оплачиваются в системе межучрежденческих расчетов и выполняются медицинской организацией за счет объемов, установленных Комиссией;

диагностические исследования, оказанные медицинской организацией по направлениям, выданным иной медицинской организацией без прикрепленного населения, оказывающей консультативную помощь, при направлении на амбулаторном этапе МО-заказчиком, имеющим прикрепленное население. Данные исследования не оплачиваются в системе межучрежденческих расчетов и выполняются медицинской организацией за счет объемов, установленных Комиссией;

медицинская реабилитация, оказываемая в амбулаторных условиях по комплексным тарифам.

12.10. В системе межучрежденческих расчетов осуществляется оплата:

12.10.1. первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях по направлениям с указанием МО-заказчика, выдавшего направление, в виде диагностических

инструментальных и лабораторных исследований, в целях выполнения требований, установленных порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с применением комплексных тарифов:

- на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения;
- на оплату профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних;
- на оплату диспансеризации определенных групп взрослого населения, включая углубленную диспансеризацию;

- на оплату диспансеризации граждан репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, I этап;

- на оплату диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации;

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

- на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения.

Для расчетов между МО-заказчиком и МО-исполнителем применяются тарифы на услуги групп диагностических видов исследований (разделы 12-14 приложения 8 к Тарифному соглашению и раздел IV-3 приложения 9 к Тарифному соглашению):

- молекулярно-биологических исследований;
- инфекционной иммунологии (уровень затрат 1);
- инфекционной иммунологии (уровень затрат 2);
- бактериологических исследований;
- иммунологических исследований (уровень затрат 1);
- иммунологических исследований (уровень затрат 2);
- клинических и биохимических исследований (уровень затрат 1);
- клинических и биохимических исследований (уровень затрат 2);
- клинических и биохимических исследований (уровень затрат 3);
- клинических и биохимических исследований (уровень затрат 4);
- цитологических исследований;
- аллергологических исследований;
- прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала 1 категории сложности (1 случай);
- прижизненных патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала 2 категории сложности (1 случай);
- иммуногистохимических исследований биопсийного (операционного) материала (1 случай);

- рентгенологических исследований без контрастирования;
- рентгенологических исследований с контрастированием;
- ультразвуковой диагностики без применения дуплексных (доплеровских) методов;
- функциональной диагностики сердечно-сосудистой системы без нагрузки;
- ультразвуковой диагностики с проведением доплеровских (дуплексных) исследований;
- исследований функции внешнего дыхания;
- видеомониторинга электроэнцефалограммы;
- цитогенетических исследований;
- описание и интерпретация рентгенологических изображений при реализации второго прочтения рентгенограмм при маммографии, в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения;

12.10.2. медицинской помощи в стационарных условиях, по направлениям с указанием МО-заказчика, выдавшего направление, в случае необходимости обследования пациента:

- КТ без контрастирования;

- КТ одной анатомической области с контрастированием;

КТ двух и более анатомических областей с контрастированием;  
МРТ диагностика с контрастированием;  
МРТ диагностика без контрастирования;  
ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы;  
эндоскопических диагностических исследований;  
молекулярно-генетические исследования;  
прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала 3 категории сложности (1 случай);  
прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала 4 категории сложности (1 случай);  
прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала 5 категории сложности (1 случай);  
тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

12.10.3. патолого-анатомического вскрытия пациентов, умерших в круглосуточном стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение;

12.10.4. консультаций с применением телемедицинских технологий по тарифам оказания медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий (Приложение 40 к Тарифному соглашению);

пациента врачом-специалистом другой медицинской организации в амбулаторных условиях для осуществления диспансерного наблюдения в случае отсутствия необходимого врача-специалиста (в соответствии с Порядком проведения диспансерного наблюдения за взрослыми, утвержденным приказом Минздрава России и клиническими рекомендациями);

пациента врачом-специалистом референс-центра в амбулаторных условиях (по маршрутизации, установленной Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры);

в рамках проведения дистанционного консилиума (дистанционного взаимодействия нескольких медицинских работников с высшим медицинским образованием (со стороны МО-исполнителя не менее двух медицинских работников с высшим медицинским образованием) в амбулаторных условиях в целях составления заключения о состоянии здоровья, диагнозе, прогнозе и лечении пациента);

12.10.5. медицинских услуг по тарифам медицинских услуг немедикаментозных методов лечения по направлению МО-заказчика, имеющего прикрепленное население, в целях исполнения клинических рекомендаций по заболеванию, в составе случая обращения по поводу заболевания (разделы 6, 8, 11 приложения 8 к Тарифному соглашению). Настоящий подпункт Порядка применяется для оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружной клинический лечебно-реабилитационный центр» по направлениям БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Окружная клиническая больница» и БУ Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Ханты-Мансийская районная больница», выданным прикрепленным застрахованным лицам, в целях исполнения клинических рекомендаций по заболеванию и в соответствии с установленной маршрутизацией пациентов;

12.10.6. диагностических инструментальных и лабораторных исследований в целях исполнения порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций по законченному случаю МО-заказчиком, при отсутствии диагностических подразделений и/или при отсутствии возможности оказания необходимых диагностических исследований (разделы 12-14 приложения 8 к Тарифному соглашению и раздел IV-3 приложения 9 к Тарифному соглашению, за исключением цитогенетических, генетических, радиоизотопных исследований, электродиагностики головного мозга и нервов, электродиагностики мышц и нервов, в соответствии с приказами Депздрава Югры о маршрутизации пациентов.

12.11. В целях оплаты медицинской помощи при межучрежденческих расчетах:

12.11.1. МО-заказчик, при наличии показаний у застрахованного лица, формирует в медицинской информационной системе (далее – МИС) направление в соответствии с

требованиями к форме и содержанию направления. Направление подписывается электронной цифровой подписью медицинского работника, оформившего направление в МИС. МО-заказчик обеспечивает ежедневное внесение сведений о выданном направлении в ЭРРН в соответствии с требованиями к форме и содержанию направления.

12.11.2. МО-исполнитель получает направление в ЭРРН посредством информационного ресурса ТФОМС Югры в интерактивном и/или автоматизированном режиме.

12.11.3. Наличие направления в ЭРРН является основанием для оказания медицинской помощи МО-исполнителем. Оказанная по направлению медицинская помощь оплачивается МО-исполнителю в рамках межучрежденческих расчетов.

12.11.4. МО-исполнитель в порядке и в сроки, установленные Правилами обязательного медицинского страхования, направляет в ТФОМС Югры в электронном виде счет на оплату медицинской помощи и реестр счета, включающие в себя персонифицированные сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце, в том числе медицинские услуги, оказанные по направлениям МО-заказчика, оформленным в соответствии с требованиями к форме и содержанию направления;

12.11.5. ТФОМС Югры, с учетом проведенного в установленном порядке медико-экономического контроля, формирует акт форматно-логического контроля, включающий в себя сведения о межучрежденческих расчетах, и реестр случаев, подлежащих оплате в рамках межучрежденческих расчетов по МО-исполнителям и МО-заказчикам. В сроки, установленные для проведения медико-экономического контроля, акт форматно-логического контроля и реестр случаев, подлежащих оплате в рамках межучрежденческих расчетов по МО-исполнителям и МО-заказчикам, размещаются на информационном ресурсе ТФОМС Югры для информирования МО-заказчиков, МО-исполнителей и страховых медицинских организаций;

12.11.6. страховая медицинская организация при осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь, сумму средств для МО-заказчика уменьшает на объем средств, перечисленных МО-исполнителю, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские услуги (медицинские вмешательства, исследования), за выполнение указанных отдельных медицинских услуг по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

12.11.7. Если направление не соответствует требованиям к форме и содержанию, медицинские услуги к оплате не принимаются.

12.12. В случае получения ТФОМС Югры от медицинской организации протокола разногласий на заключение по результатам медико-экономического контроля, при обнаружении ошибок и недочетов при проведении медико-экономического контроля, а также в случае выявления некорректного применения тарифов на оплату медицинской помощи ТФОМС Югры проводит повторный медико-экономический контроль в сроки и в порядке, установленные действующим порядком проведения контроля.

Подписи сторон:

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

Р.В. Паськов

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

А.П. Фучежи

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



И.Ю. Кузнецова

Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



О.А. Томин

Председатель  
Ассоциации работников  
здравоохранения Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры



В.А. Гильванов

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



О.Г. Меньшикова