

## **Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении**

### **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.

### **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** – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой 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).

**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 клинико-статистической группы заболеваний** – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратноёмкости, отличный от коэффициента



относительной затратоемкости по клинико-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

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

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

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

**Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц** – информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре по ОМС.

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

**Реестр медицинской помощи** (далее – реестр счетов) – информационный ресурс, содержащий сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

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

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

**Расчетные объёмы финансирования медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу** – размер финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, определённый исходя из значения дифференцированного подушевого норматива финансирования данного вида медицинской помощи.

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

**Посещение** – контакт пациента с врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием и наделенным функциями лечащего врача в установленном порядке, по поводу страхового случая, включающий



комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

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

**Дистанционная консультация при инфекционном заболевании** - консультация дистанционным способом, в том числе с применением телемедицинских технологий, аудиозвонка или видеозвонка при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, пациентам с признаками или подтвержденным диагнозом ОРВИ или гриппа. Допуск лиц к оказанию дистанционных консультаций организуется в соответствии с приказами Минздрава России и Депздра Югры.

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

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

**Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи** – объём финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь,



рассчитанный на одну единицу обслуживаемого МО населения (на одного жителя) в соответствии с зональным принципом, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

**Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением средств на финансовое обеспечение 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, стоматологической медицинской помощи, посещений при оказании неотложной медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) –** объём средств, определённый исходя из стоимости амбулаторной медицинской помощи по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации в месяц.

**Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной по всем видам и условиям (за исключением средств на финансовое обеспечение 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, стоматологической медицинской помощи, отдельных лабораторных и диагностических услуг, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов) –** объём средств, определённый исходя из стоимости медицинской помощи по всем видам и условиям ее предоставления по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего медицинскую помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации в месяц.

**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 объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС.

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

**КП зубов** – сумма кариозных и пломбированных временных зубов.

**КПУ зубов** – сумма кариозных, пломбированных и удалённых 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.

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

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

Подписи сторон:

Заместитель директора  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



Е.В. Касьянова

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



А.П. Фучежи

Директор  
Филиала ООО «Капитал МС»  
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