

**Дополнительное соглашение № 18
к тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2017 год**

г. Ханты-Мансийск

27 ноября 2017 года

Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденной постановлением Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 29 декабря 2011 года № 513-п, с изменениями, внесенными постановлениями Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 10 августа 2012 года № 291-п, от 15 февраля 2013 года № 47-п, от 9 августа 2013 года № 307-п, от 28 марта 2014 года № 111-п, от 13 февраля 2015 года № 31-п, от 13 мая 2016 года № 146-п, от 15 июля 2016 года № 258-п, от 02 декабря 2016 года № 476-п, от 27 января 2017 года № 25-п, от 19 мая 2017 года № 196-п, от 02 ноября 2017 года № 440-п (далее – Комиссия) в составе:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| Добровольский
Алексей Альбертович | - директор Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, председатель комиссии |
| Фучежи
Александр Петрович | - директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, секретарь комиссии |
| Нигматулин
Владислав Анварович | - заместитель директора Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры |
| Смирнов
Владимир Альбертович | - первый заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры |
| Данилов
Алексей Аркадьевич | - директор Югорского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» |
| Соловей
Максим Анатольевич | - директор Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» |
| Кичигин
Александр Васильевич | - президент Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» |
| Иванникова
Елена Николаевна | - член Некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» |
| Меньшикова
Оксана Геннадьевна | - председатель окружной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации |
| Суровов
Александр Андреевич | - председатель Сургутской территориальной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации |

В целях реализации на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации», Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановления Правительства Российской Федерации от 19.12.2016 № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановления Правительства Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 22.12.2016 № 536-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», в соответствии со статьями 30, 36 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», руководствуясь пунктом 3 частью 3 раздела V Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2017 год (далее – Тарифное соглашение) во изменение и в дополнение Тарифного соглашения заключено настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения и дополнения:

1.1. Абзацы 35-44 пункта 6 раздела I изложить в редакции следующего содержания:

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

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

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

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

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

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

1.2. Пункт 7 раздела I изложить в новой редакции следующего содержания:

«Медицинские организации ведут отдельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, профилактическим осмотром, патронажем), посещений с иными целями, посещений в связи с заболеваниями, посещений в неотложной форме, а также обращений в связи с заболеваниями.

Учет посещений и обращений осуществляется на основе учетной формы N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", утверждаемой Минздравом России.

В целях осуществления отдельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в амбулаторных условиях в рамках программ обязательного медицинского страхования условно выделяются следующие единицы объёма предоставления медицинской помощи:

1. Посещения с профилактическими и иными целями:

а) посещения с профилактической целью, в том числе:

- центров здоровья (комплексный медицинский осмотр);

- в связи с диспансеризацией определённых групп населения;

- в связи с диспансерным наблюдением, в том числе с целью выписки рецептов на лекарственные препараты;

- в связи с медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в связи с патронажем;

б) посещения с другими обстоятельствами, в том числе:

- в связи с получением справки, других медицинских документов;

в) разовые посещения по заболеванию с целью выполнения отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием. Посещение с профилактическими и иными целями при разовых посещениях по заболеванию, в том числе с целью выполнения отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием, формируется в реестре как отдельная запись, которая может содержать любое количество диагностических услуг, при этом она не содержит ни одного посещения врача. Такая запись учитывается в реестре медицинских услуг как «0» посещений с профилактической целью. При этом стоимость оказанных диагностических услуг учитывается в объеме финансирования за посещения с профилактической и иной целью. В медицинских организациях, оказывающих только диагностические услуги в амбулаторных условиях:

810235 ФБУЗ Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре;

810189 ООО «Оздоровительный центр «ВИРА»;

810258 ООО «МРТ-Эксперт Сургут»;

810259 ООО «УЗИ в Сургуте»;

810314 ООО «Витафарм»;

810247 ООО «Витацентр»;

810104 БУ «Нижневартовская окружная клиническая больница»;

810105 БУ «Нижневартовская окружная больница № 2»;

810119 БУ «Сургутская городская клиническая больница»;

единицей учета медицинской помощи является диагностическая услуга, учитываемая как одно посещение с профилактическими и иными целями.

2. Посещения по поводу заболевания – первичные и повторные посещения по поводу одного заболевания, входящие в состав обращения, как законченного случая лечения в амбулаторных условиях по поводу заболевания.

3. Посещения при оказании неотложной помощи – посещения в связи с возникшими внезапно острыми заболеваниями, состояниями, обострениями хронических заболеваний без

явных признаков угрозы жизни пациента с возможностью проведения лабораторных и инструментальных исследований, в том числе не завершившиеся формированием законченного случая обращения в поликлинику. Оказание медицинской помощи в неотложной форме лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний, может осуществляться в амбулаторных условиях или на дому при вызове медицинского работника. Учет посещений в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме осуществляется на основе учетной формы № 025-10/уТ-17 «Талон амбулаторного пациента».

Посещение при оказании неотложной помощи формируется в реестре как отдельная запись, которая содержит 1 посещение врача и любое количество диагностических услуг. Тариф посещения при оказании медицинской помощи в неотложной форме включает расходы на посещение врача соответствующей специальности и проведение необходимых лабораторных и инструментальных исследований с учетом порядков и уровней оказания медицинской помощи.

Если при оказании неотложной медицинской помощи в приемных отделениях медицинских организаций пациенту выполняется более 1 посещения врача в день обращения за медицинской помощью, то такие случаи должны формироваться в реестре медицинской помощи как несколько посещений при оказании неотложной помощи.

Если при оказании неотложной медицинской помощи в амбулаторных условиях пациенту выполняется более 1 посещения врача разных специальностей в день обращения за медицинской помощью, например посещение врача терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики, фельдшера (в случае отсутствия врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) по объективным причинам, при условии возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшера приказом руководителя медицинской организации (приказ МЗ и СР РФ от 23.03.2012 №252н)), на приеме врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшером кабинета неотложной помощи и в травм. пункте и посещение врача –специалиста или нескольких врачей –специалистов разных специальностей (при необходимости медицинских вмешательств для снятия неотложного состояния), то такие случаи должны формироваться в реестре медицинской помощи как несколько посещений при оказании неотложной помощи с обязательным указанием цели первичного обращения «оказание неотложной помощи».

Первое посещение, оказанное в неотложной форме, в рамках случая поликлинического обслуживания по поводу лечения одного и того же заболевания при оказании медицинской помощи пациенту:

- на дому (за исключением активных и патронажных посещений на дому) врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики, фельдшером (в случае отсутствия врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) по объективным причинам, при условии возложения отдельных функций лечащего врача на фельдшера приказом руководителя медицинской организации (приказ МЗ и СР РФ от 23.03.2012 №252н)),

- на приеме врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшером кабинета неотложной помощи и в травматологическом пункте следует относить к посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме, оплата которой осуществляется по тарифу посещения в неотложной форме по соответствующей из указанных специальностей. Такое посещение формируется в реестр как отдельное посещение с обязательным указанием цели первичного обращения «оказание неотложной помощи».

Посещение на дому при оказании медицинской помощи пациенту врачами других специальностей (при отсутствии медицинских вмешательств для снятия неотложного состояния) следует относить:

- к посещению с лечебно-диагностической/консультативной целью и оплачивать по тарифу посещения с профилактическими и иными целями по соответствующей специальности (при одном посещении в рамках случая поликлинического обращения – далее СПО);

- к обращению по поводу заболевания и оплачивать по тарифу обращения по поводу заболевания по соответствующей специальности (при двух и более посещениях в рамках СПО).

При формировании реестра следует учесть, что:

- повторное посещение врачом терапевтом участковым, врачом педиатром участковым, врачом общей практики пациента на дому по вызову, не являющееся первым посещением в рамках обращения по поводу заболевания в одной медицинской организации, не квалифицируется как посещение в неотложной форме, отдельный талон амбулаторного приема с целью первичного обращения, пункт «оказания неотложной помощи» не заполняется. Оплата указанного посещения на дому производится в рамках тарифа обращения по поводу заболевания.

- не подлежат оплате посещения к пациенту на дому фельдшером на приеме врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача).

- не подлежат оплате посещения фельдшером кабинета неотложной помощи и посещения пациента к врачу в поликлинике по поводу лечения одного и того же заболевания, выполненные в один и тот же день.

К посещениям в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме при стоматологических заболеваниях относятся виды посещений с острой болью в рабочее время во всех медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь при стоматологических заболеваниях, в том числе работающих в ночное время, выходные и праздничные дни, а также неотложная стоматологическая помощь, оказанная в передвижных стоматологических кабинетах и на дому (в случае, если у пациента с ограниченными возможностями к передвижению, обусловленных соматическим заболеванием или инвалидностью, возникает острая боль или состояние, обусловленное стоматологическим заболеванием и требующее срочного медицинского вмешательства).

Виды посещений «Первичное посещение врача-хирурга, врача-травматолога (травматологические, хирургические кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара с направлением клеща на исследование», «Первичное посещение врача-хирурга, врача-травматолога (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара с целью профилактики клещевого энцефалита с введением иммуноглобулина», «Повторное посещение врача-хирурга, врача-травматолога (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара с целью профилактики клещевого энцефалита с введением иммуноглобулина», «Первичное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник), в приемное (приемно-диагностическое) отделение стационара», «Повторное посещение с целью профилактики бешенства к врачу-хирургу, врачу-травматологу (травматологические, хирургические пункты/кабинеты поликлиник)» квалифицируются как посещения в неотложной форме.

Посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме не включаются в состав посещений при обращении по поводу заболевания и должны быть оформлены в виде отдельного Талона амбулаторного пациента.

При оказании стоматологической помощи в неотложной форме в Листке ежедневного учета работы врача-стоматолога посещение отражается отдельной строкой с целью посещения «оказание неотложной помощи».

4. Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания, за исключением случаев, при которых имелось посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

Обращение по поводу заболевания формируется в реестре как отдельная запись, которая содержит более 1 посещения врача (за исключением заболеваний при которых имелось посещение в связи с оказанием неотложной медицинской помощи в неотложной форме) и любое количество диагностических услуг.

Законченный случай обращения по поводу заболевания по профилям: стоматология, медицинская реабилитация, физиотерапия, лечебная физкультура, может содержать одно посещение по поводу заболевания, если цель обращения достигнута. В количество посещений, входящих в обращение по поводу заболевания, в том числе при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи при стоматологических заболеваниях, не входят посещения в связи с оказанием медицинской помощи в неотложной форме.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в условиях дневного стационара** является случай лечения в условиях дневного стационара (законченный случай лечения в условиях дневного стационара).

Отдельному учету подлежат:

1) заместительная почечная терапия методами диализа, оказанная в условиях дневного стационара. Единицей учета заместительной почечной терапии методами диализа в условиях дневного стационара является случай лечения. Законченным случаем лечения в условиях дневного стационара при заместительной почечной терапии методами диализа считается лечение в течение одного месяца (фактически оказанное количество процедур за месяц, в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Заместительная почечная терапия методами диализа в условиях дневного стационара учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

2) медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ЭКО). Единицей учета ЭКО является случай лечения в условиях дневного стационара. ЭКО учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в стационарных условиях** является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях).

Отдельному учету подлежат:

1) высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанная в стационарных условиях (далее - ВМП). Единицей объёма ВМП является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). ВМП учитывается в реестре медицинской помощи по типу файла пакета информационного обмена персонифицированного учета высокотехнологичной медицинской помощи (константа «Т») и полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи, которое должно принимать одно из значений из справочника на 2017 год приложения 14 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2017 год;

3) медицинская реабилитация в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций (далее также медицинская реабилитация в стационарных условиях). Единицей учета медицинской реабилитации в стационарных условиях является койко-день. Медицинская реабилитация в стационарных условиях учитывается в реестре медицинской помощи по полю «PROFIL» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления **скорой медицинской помощи вне медицинской организации**

является вызов. Так же отдельному учету подлежат медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в условиях дневного стационара** является случай лечения в условиях дневного стационара (законченный случай лечения в условиях дневного стационара).

Отдельному учету подлежат:

1) заместительная почечная терапия методами диализа, оказанная в условиях дневного стационара. Единицей учета заместительной почечной терапии методами диализа в условиях дневного стационара является случай лечения. Законченным случаем лечения в условиях дневного стационара при заместительной почечной терапии методами диализа считается лечение в течение одного месяца (фактически оказанное количество процедур за месяц, в среднем 13 процедур экстракорпорального диализа, 12 - 14 в зависимости от календарного месяца, или ежедневные обмены с эффективным объемом диализата при перитонеальном диализе в течение месяца). Заместительная почечная терапия методами диализа в условиях дневного стационара учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

2) медицинская помощь, оказываемая в условиях дневного стационара с применением вспомогательных репродуктивных технологий (далее - ЭКО). Единицей учета ЭКО является случай лечения в условиях дневного стационара. ЭКО учитывается в реестре медицинской помощи по полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления медицинской помощи **в стационарных условиях** является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях).

Отдельному учету подлежат:

1) высокотехнологичная медицинская помощь по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи (содержащего в том числе методы лечения), включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, оказанная в стационарных условиях (далее - ВМП). Единицей объёма ВМП является случай госпитализации (законченный случай лечения в стационарных условиях). ВМП учитывается в реестре медицинской помощи по типу файла пакета информационного обмена персонифицированного учета высокотехнологичной медицинской помощи (константа «Т») и полю «TARIF» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи, которое должно принимать одно из значений из справочника на 2017 год приложения 14 к Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2017 год;

3) медицинская реабилитация в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Медицинская реабилитация", и реабилитационных отделениях медицинских организаций (далее также медицинская реабилитация в стационарных условиях). Единицей учета медицинской реабилитации в стационарных условиях является койко-день. Медицинская реабилитация в стационарных условиях учитывается в реестре медицинской помощи по полю «PROFIL» таблицы «Сведения о случае» реестра медицинской помощи.

В целях осуществления раздельного учёта и контроля объёмов предоставления медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования единицей объёма предоставления **скорой медицинской помощи вне медицинской организации** является вызов. Так же отдельному учету подлежат медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.»

1.3. Абзацы 70 -74 пункта 1 части 2 раздела II изложить в новой редакции следующего содержания:

«Оплата сверхкоротких, в том числе прерванных случаев лечения, при которых **длительность** лечения составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 25 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10 или сложные (комплексные) услуги по медицинской реабилитации);

- 10% от стоимости КСГ, в случае оплаты КСГ 52.1- 52.8 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе, ...» и КСГ 53.1 – 53.7 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 2), ...».

Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения.

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности лечения менее 3-х дней включительно указаны в Приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению, в графе 4 с указанием соответствующего знака – «100%», «80%», «25%», «10%».

1.4. Абзацы 72-76 части 3 раздела II изложить в новой редакции следующего содержания:

«Оплата сверхкоротких, в том числе прерванных случаев лечения, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту была выполнена хирургическая операция, являющаяся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 50 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое лечение либо другое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось (основным классификационным критерием отнесения к КСГ является диагноз МКБ 10 или сложные (комплексные) услуги по медицинской реабилитации);

- 10 % от стоимости КСГ, в случае оплаты КСГ 144.1 – 144.8 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 1), доброкачественных заболеваниях крови и пузырьном заносе, ...» и КСГ 145.1–145.7 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях других локализаций (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) (уровень 2), ...».

Исключением являются случаи лечения, относящиеся к КСГ, оплата по которым производится в полном объеме (100%) независимо от длительности лечения.

Перечень размеров оплаты по КСГ при длительности госпитализации менее 3-х дней включительно указаны в Приложении 17 к настоящему Тарифному соглашению, в графе 4 с указанием соответствующего знака – «100%», «80%», «50%», «10%».

1.5. Приложение 2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров» изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему дополнительному соглашению.

1.6. Приложение 16 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2017 год» изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему дополнительному соглашению.

1.7. Приложение 17 «Перечень Клинико-статистические группы заболеваний, коэффициенты относительной затратоемкости и размер оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2017 год» изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему дополнительному соглашению.

1.8. Приложение 23 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в

реализации территориальной программы ОМС в 2017 году» изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему дополнительному соглашению.

1.9. Приложение 34 «Дифференцированные коэффициенты для подушевого финансирования на прикрепившихся лиц и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц» изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему дополнительному соглашению.

1.10. Приложение 45 «Установленные размеры коэффициента доли субвенции и корректирующего коэффициента субъекта в условиях дневного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2017 году» изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему дополнительному соглашению.

1.11. Приложение 46 «Установленные размеры коэффициента доли субвенции и корректирующего коэффициента субъекта в условиях круглосуточного стационара в разрезе медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в 2017 году» изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему дополнительному соглашению.

2. Остальные условия Тарифного соглашения остаются неизменными.

3. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Тарифного соглашения.

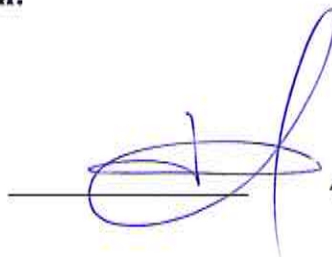
4. Дополнительное соглашение вступает в действие с момента подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 1 ноября 2017 года и применяется при расчетах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 1 ноября 2017 года, в том числе начатые ранее.

5. Дополнительное соглашение и приложения к нему составлено в одном экземпляре, который хранится в ТФОМС Югры.

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

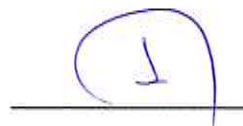
Подписи:

Председатель комиссии,
Директор Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



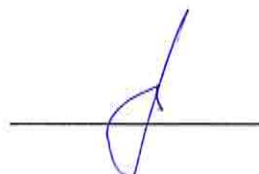
А.А. Добровольский

Секретарь комиссии,
директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Член комиссии,
заместитель директора
департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



В.А. Нигматулин

Член комиссии,
первый заместитель директора
Территориального фонда обязательного
медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



В.А. Смирнов

Член комиссии,
директор Югорского филиала
акционерного общества
«Страховая компания «СОГАЗ-Мед»



А.А. Данилов

Член комиссии,
директор Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Член комиссии,
президент НП «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»



А.В. Кичигин

Член комиссии,
член НП «Ассоциация работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры»



Е.Н. Иванникова

Член комиссии,
председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова

Член комиссии,
председатель Сургутской территориальной
организации профсоюза работников
здравоохранения РФ



А.А. Суровов