

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

1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи)

1.1. Оплата первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) осуществляется:

По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

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 ХМАО – Югры, 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 абз. 11-24 п.п. 1.1 п. 1 настоящего Приложения;

- 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 ХМАО – Югры, 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 абз. 11-24 п.п. 1.1 п. 1 настоящего Приложения;

- назначенные вышеуказанными врачами и зафиксированные в медицинской карте пациента профилактические, лечебные, диагностические услуги, услуги параклинических подразделений, за исключением расходов, поименованных в абз. 11-24 п.п. 1.1 п. 1 настоящего Приложения;

- медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

- консультаций медицинским психологом по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования: пациентов из числа ветеранов боевых

действий; лиц, состоящих на диспансерном наблюдении; женщин в период беременности, родов и послеродовой период.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы:

- на стоматологическую медицинскую помощь;
- на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО – Югры за пределами территории страхования;
- на оплату неотложной медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях застрахованным лицам ХМАО – Югры;
- 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией 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, в том числе центрами здоровья, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;
- на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;
- 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;
- на оплату анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) детям при проведении компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, взрослым при проведения эндоскопических исследований (эзофагогастродуоденоскопия и колоноскопия);
- на оплату внутривенного введения лекарственных препаратов для тромболитической терапии.

Методика расчета размера подушевого норматива финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (Приложение 7 к Тарифному соглашению).

Перечень медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании (Приложение 12 к Тарифному соглашению).

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).

На территории ХМАО-Югры 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 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам обращений/посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг (ГДУ) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 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 16 к Тарифному соглашению)
- по тарифам комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация» (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии (Приложения 34, 36 к Тарифному соглашению);
- по тарифам углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (Приложение 21);
- по тарифам профилактических медицинских осмотров (Приложение 17 к Тарифному соглашению);
- по тарифам профилактических осмотров несовершеннолетних (Приложение 18 к Тарифному соглашению);
- по тарифам диспансеризации определенных групп взрослого населения (Приложение 17 к Тарифному соглашению);
- по тарифам диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья (Приложение 22 к Тарифному соглашению)
- по тарифам диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (Приложение 19 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 20 к Тарифному соглашению);
- по тарифам групп диспансерного наблюдения (ГДН) отдельных категорий граждан из числа взрослого населения (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам комплексных посещений школы для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифу анестезиологического пособия (включая раннее послеоперационное ведение) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);

– по тарифам оказания медицинской помощи с использованием искусственного интеллекта при проведении функциональных исследований (Приложение 54 к Тарифному соглашению);

– по тарифам внутривенного введения лекарственных препаратов для тромболитической терапии (Приложение 16 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.

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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (Приложение 16 к Тарифному соглашению).

Финансирование фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов 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 2025 год и плановый период 2026 и 2027 годов» с учетом коэффициента дифференциации, рассчитанным в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования».

Перечень медицинских организаций имеющие фельдшерские/фельдшерско-акушерские пункты (Приложение 15 к Тарифному соглашению)

1.2. 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.

1.3. Законченный случай, оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях, в реестре счетов состоит из случая, содержащего оказанные услуги застрахованному лицу: посещения 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, 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 16 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 тромболиза (Приложение 16 к Тарифному соглашению) с оплатой за услугу.

1.4. 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).

1.5. 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 ХМАО-Югры, включенных в один уровень оказания медицинской помощи.

1.6. 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).

1.7. 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 определённых 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.

1.7.1. Проведение услуг по углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по стоимости тарифа при проведении I и II этапов углубленной диспансеризации.

1.7.2. Проведение услуг по профилактическим медицинским осмотрам.

1.7.3. Проведение услуг по профилактическим осмотрам несовершеннолетних.

1.7.4. Проведение услуг по диспансеризации определенных групп взрослого населения.

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

1.7.6. 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.

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

1.8. 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией).

1.9. 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.

1.9.1. 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.

1.9.2. 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.

1.10. 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией), 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).

Возможно закрытие случая обращения по поводу заболевания при одном посещении и одной или нескольких дистанционных консультаций при инфекционном заболевании. Услуга (тариф) дистанционной консультации при инфекционном заболевании применяется в соответствии с порядком, утвержденным Депздравом Югры.

1.10.1. 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией), который оплачивается по тарифам посещений по заболеванию.

1.11. Диагностические исследования, выполненные по направлению из другой МО, подлежат оплате при условии наличия в реестре направляющей МО посещения по заболеванию, обращения (законченный случай) по заболеванию, посещения с

профилактической целью.

1.12. 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.

1.13. 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, позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией) 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.

1.13.1. 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 внутриспиральным 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».

1.13.2. 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 сканирование 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».

1.13.3. 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».

1.13.4 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 внутривенным 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.

1.13.5 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.

1.14. 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.

1.15. 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.

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

1.16. 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.

1.17. 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.

1.18. 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.

1.19. Оплата исследований на ВИЧ производится только в том случае, если в реестр подана медицинская услуга А26.06.049.001 «Исследование уровня антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1/2 и антигена р24 (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).

1.20. МО-исполнитель, не имеющая прикрепленного населения, либо при оказании медицинских услуг пациенту, прикрепленному к иной медицинской организации, включает объем оказанной помощи в реестр медицинской помощи, при наличии направления от МО, к которой прикреплен пациент (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, центрах здоровья, региональных центрах в соответствии с маршрутизацией, установленной Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – 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.

1.21. 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 16 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.

1.22. 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.

2. Оплата стоматологической помощи

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

2.2. Оплата стоматологической помощи осуществляется за законченный случай по тарифам услуг КСГ (**приложение 33** 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 34** к Тарифному соглашению), а также тарифам простых медицинских услуг (ПМУ) и сложных медицинских услуг (СМУ), не входящих в состав КСГ (**приложение 36** к Тарифному соглашению).

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

2.4. Перечень и наполнение (услугами) КСГ при оказании стоматологической помощи взрослому и детскому населению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры в системе ОМС определен **Приложением 35** к Тарифному соглашению.

2.5. Стоимость 1 УЕТ утверждена настоящим Тарифным соглашением (**пункт 1 часть 2 Раздел III**). В расчете используются следующие данные:

Формула расчета 1 УЕТ:

$$1 \text{ УЕТ} = \text{ОС} / ((V_{\text{КСГ}} + V_{\text{услуг}}) * \text{СПК}), \text{ где:}$$

- Объем оказанной стоматологической помощи, в соответствии с кодами диагнозов по МКБ 10 и основными лечебными и диагностическими медицинскими услугами, сопоставленными с Клинико-статистическими группами заболеваний в стоматологии, выраженными в УЕТ ($V_{\text{КСГ}}$);

- Объем ПМУ и СМУ выраженные в УЕТ ($V_{\text{услуг}}$);

- Финансовое обеспечение на оказание стоматологической помощи медицинских организаций (ОС).

- Средний поправочный коэффициент (СПК) установлен в размере 1,1 с целью учета прогнозируемого роста средней затратноёмкости случая в УЕТ как признак соблюдения принципа максимальной санации полости рта и зубов (лечение 2-х, 3-х зубов) за одно посещение.

2.6. Для расчета стоимости 1 УЕТ использовались объемы медицинской помощи за прошедший отчетный период в медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь.

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

2.8. Особенности формирования реестров за оказанную стоматологическую помощь:

2.8.1. Объем оказания первичной медико-санитарной специализированной и доврачебной стоматологической помощи, оказанной пациентам в амбулаторных условиях, в реестрах счетов формируется на основании действующих КСГ (**Приложение 33** к Тарифному соглашению), ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ (**Приложение 36** к Тарифному соглашению) и выраженных в УЕТ.

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

2.8.3. 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.

2.8.4. 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.

2.8.5. 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.

2.8.6. 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.

2.8.7. 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.

2.8.8. 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».

2.8.9. 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).

2.8.10. 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.

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

2.8.12. 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.

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

2.8.14. 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 распространяются 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.

2.8.15. 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.

2.8.16. 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).

2.8.17. 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.

2.8.18. 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.

2.8.19. 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.

2.8.20. 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 В.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 В.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный»

2.8.21. 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 проведенная консультация врача-ортодонта без дальнейшего лечения;
- при незаконченном лечении одного заболевания по причине неявки пациента.

2.8.22. 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.

2.8.23. 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.

2.8.24. 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.

2.8.25. 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.

3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения

3.1. 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.

3.2. 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 17-22).

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

3.4. 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 завершённой и оплате не подлежит.

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

3.6. 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).

3.7. 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.

3.8. 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.

3.9. Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (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.

Оплата услуг по углубленной диспансеризации осуществляется по тарифам, установленным Приложением 21 к Тарифному соглашению:

В рамках I этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее 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;

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.

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.

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.

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».

3.10. 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).

3.11. 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.

3.12 Случаи проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включаются 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 I 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 I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

3.13 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 незавершённым и оплате не подлежит.

3.14 Первый этап диспансеризация для оценки репродуктивного здоровья оплачивается по комплексному тарифу, считается завершенным при условии выполнения всех исследований, предусмотренных в приложении 22 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.

3.15 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).

3.16 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.

3.17 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.

3.18 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.

3.19 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.

4. Оплата диспансерного наблюдения

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.

Комплексные тарифы при диспансерном наблюдении включают расходы на посещение врачей и диагностические исследования, кроме 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.

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.

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.

Тарифы групп диспансерного наблюдения (ГДН) утверждены в Приложении 16 к Тарифному соглашению. Таблица соответствия групп диспансерного наблюдения (ГДН) диагнозам по МКБ-10 при оказании медицинской помощи взрослому населению утверждена в Приложении 47 к Тарифному соглашению.

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.

Тарифы комплексных посещений по поводу диспансерного наблюдения работающих граждан утверждены в Приложении 16 к Тарифному соглашению.

5. Оплата проведения школы сахарного диабета

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.

Школа сахарного диабета может проводиться в группе до 10 пациентов.

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

Группа пациентов (в среднем 10 пациентов в группе)	Количество и продолжительность занятий
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

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

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

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.

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

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.

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

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.

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:

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.

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

$OC_{RD(нас)}^j$ – 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;

$\sum \text{Числ}$ – 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 $(OC_{RD(нас)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

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

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.

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

$OC_{RD(балл)}^j$ 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;

$\sum Балл$ 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 $(OC_{RD(балл)i}^j)$, рассчитывается следующим образом:

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

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

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).

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.

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).

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.

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 ($K_{пон}$) 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	Предположительный результат	Индикаторы выполнения показателя	% выплат
1.1	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Достижение планового показателя	Выполнение < 90% плана – К _{ппц} в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение ≥ 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 – К _{оз} в зависимости от процента выполнения плана; Выполнение ≥ 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	$V_{ппц} = \frac{V_{ппц}^{факт}}{V_{ппц}^{план}} \times 100$ <p>где: $V_{ппц}$ - процент выполнения плана оказания посещений с профилактической целью; $V_{ппц}^{факт}$ - фактическое количество посещений с профилактической целью, выполненных в отчетном периоде; $V_{ппц}^{план}$ - утвержденное количество посещений с профилактической целью в отчетном периоде (план на квартал равен 1/4 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	$V_{оз} = \frac{V_{оз}^{факт}}{V_{оз}^{план}} \times 100$ <p>где: $V_{оз}$ - процент выполнения плана оказания обращений в связи с заболеваниями; $V_{оз}^{факт}$ - фактическое количество обращений в связи с заболеваниями, выполненных в отчетном периоде; $V_{оз}^{план}$ - утвержденное количество обращений в связи с заболеваниями в отчетном периоде (план на квартал равен 1/4 плана на год).</p>	Процент	Источником информации являются реестры, оказанной медицинской помощи застрахованным лицам.

Таблица 3

Применение показателей результативности деятельности в медицинских организациях ХМАО-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"	✓	✓	✓	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	х	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ЧУЗ "Клиническая больница "РЖД-Медицина" города Сургут	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	х	х	х	х	х	х	х	✓	х	х	х	х	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Няганская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Нижневартовская городская поликлиника"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	х	х	х	х	х	х	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Когалымская городская больница"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Пыть-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. Яковлев"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
БУ "Сургутская городская клиническая поликлиника № 2"	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

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 ХМАО-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