

## **ПОРЯДОК**

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

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

1.1. В медицинских организациях 1-го и 2-го уровней, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в условиях дневного стационара, структурным подразделениям присвоен уровень, соответствующий уровню медицинской организации.

1.2. В медицинских организациях 3-го уровня, оказывающих первичную медико-санитарную и/или специализированную (за исключением высокотехнологичной) помощь населению в условиях дневного стационара, структурным подразделениям присвоен 2-й уровень.

1.3. В медицинских организациях 3-го уровня структурным подразделениям, оказывающим по программе обязательного медицинского страхования высокотехнологичную медицинскую помощь, присвоен 3-й уровень.

1.4. Перечень и уровень структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, содержится в **приложении 13** к настоящему Тарифному соглашению.

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

2.1. Отнесение случаев лечения к группе КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратно-емкость лечения пациентов (классификационных критериев):

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



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

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

- Расшифровкой групп для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара (Приложение к Инструкции по группировке случаев – файл «2023\_Расшифровка групп ДС» в формате MS Excel).

### 3. Расчет стоимости законченного случая лечения

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

1. Размер базовой ставки без учета коэффициента дифференциации;
2. Коэффициент относительной затратоемкости;
3. Коэффициент дифференциации (при наличии);
4. Коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
5. Коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации;
6. Коэффициент сложности лечения пациента.

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

$$\text{ССдс} = \text{БСдс} \times \text{КД} \times (\text{КЗдс} \times \text{КСдс} \times \text{КУСдс} + \text{КСЛПдс}), \text{ где}$$

БСдс – базовая ставка финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, оплачиваемой по системе КСГ в рамках территориальной программы ОМС (средняя стоимость законченного случая лечения), рублей, приведена в **пункте 1 Части 3 Раздела III Тарифного соглашения** без учета КД, который является единым для всей территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (КД – коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования»). Значение КД на 2023 год – 1,755.

КЗдс – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, отражает отношение уровня затрат случая к базовой ставке в условиях дневного стационара (коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне), перечень коэффициентов приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

КСдс – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, перечень КСдс приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

КУСдс – коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, в которой был пролечен пациент в условиях дневного стационара, установлен **приложением 26** к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, для которых не применяется коэффициент уровня структурного подразделения медицинской организации, приведен в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛПдс – коэффициент сложности лечения пациента, установлен для случаев и в размере согласно **приложению 28** к настоящему Тарифному соглашению.

Размер базовой ставки (БСдс) рассчитывается по формуле:



$$БС_{дс} = \frac{ОС_{дс} - Ослп}{Ч_{сл} \times СПК \times КД}, \text{ где}$$

ОС<sub>дс</sub> – объем средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара и оплачиваемой по КСГ;

Ч<sub>сл</sub> – общее плановое количество случаев лечения, подлежащих оплате по КСГ;

СПК – средний поправочный коэффициент оплаты по КСГ;

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

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

СПК рассчитывается по формуле:

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

Ослп рассчитывается по формуле:

$$Ослп = \sum \left( С_{кслг} - \frac{С_{кслг}}{КСЛП_i} \right),$$

С<sub>кслг</sub> – стоимость i-го случая лечения, оплаченного по КСГ (с учетом применения КСЛП в 2022 году);

КСЛП<sub>i</sub> – размер КСЛП, применяемый при оплате i-го случая оказания медицинской помощи в 2022 году.

Размер коэффициента приведения при оплате специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара рассчитывается по следующей формуле:

$$КП_{дс} = \frac{БС_{дс} \times КД}{НФЗ_{дс}} = 0,60, \text{ где}$$

КП<sub>дс</sub> – коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затроемкости и специфики оказания медицинской помощи, коэффициента дифференциации и коэффициента сложности лечения пациентов, принимающий значения не ниже 60% от значения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации в условиях дневного стационара, установленного территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи);

НФЗ<sub>дс</sub> – средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара, рублей.

### **3.1 Особенности оплаты случаев лечения по КСГ, в составе которых Программой установлена доля заработной платы и прочих расходов**

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

$$СС_{дс} = БС_{дс} \times КЗ_{дс} \times ((1 - Д_{зп}) + Д_{зп} \times КС_{дс} \times КУС_{дс} \times КД) + БС_{дс} \times КД \times КСЛП_{дс}, \text{ где:}$$

Д<sub>зп</sub> – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД), значения доли



приведены в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

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

4.1. Оплата прерванных случаев лечения, при которых длительность лечения составляет менее 3 дней включительно, производится в размере:

- 80 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнено хирургическое вмешательство, являющееся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 25 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое вмешательство, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось.

4.1.1. Оплата прерванных случаев оказания медицинской помощи, завершённые переводом пациента в другую медицинскую организацию (значение «202» классификатора результатов обращения за медицинской помощью V009), преждевременной выпиской пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения (значение «207»), летальным исходом (значение «205»), при которых длительность случая лечения составляет более 3 дней, производится в размере:

- 100 % от стоимости КСГ, если пациенту выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся основным классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ;

- 80 % от стоимости КСГ, в случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия, определяющее отнесение случая к КСГ, не проводилось.

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

4.3. Перечень размеров оплаты прерванных случаев по КСГ указаны в **приложении 24** к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Оплата прерванных случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

#### **5. Оплата по двум КСГ в рамках одного пролеченного случая**

5.1. При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара, а также в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар и из круглосуточного стационара в дневной, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с настоящим порядком. При этом случаи лечения подлежат обязательной экспертизе.

5.2. При переводе пациента из одного отделения в другое в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица), а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

5.3. Оплата по двум КСГ в рамках дневного стационара в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ, осуществляется для случаев проведения медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской



организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение, и случаев лекарственной терапии со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей (при длительности «первого» случая не менее 30 дней или перерыв между случаями лечения составляет более 1 дня).

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

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

- день поступления и день выписки считаются за два дня лечения, за исключением пребывания больного в дневном стационаре в течение одного календарного дня;
- при переводе больного из одного отделения дневного стационара в другое отделение дневного стационара, дата окончания лечения в одном отделении не должна соответствовать дате начала лечения в другом отделении;
- при переводе больного из круглосуточного стационара в дневной стационар дата госпитализации в дневной стационар не должна соответствовать дате выписки из круглосуточного стационара.

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

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

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

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

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

- снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;
- изменение дней введения (увеличение интервала между введениями) произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

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

6.3.4. Отнесение случаев к группам ds08.001-ds08.003, охватывающим случаи лекарственного лечения злокачественных новообразований у детей, производится на основе комбинации соответствующего кода терапевтического диагноза класса «С», кодов Номенклатуры



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

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

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

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

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

6.3.8. Отнесение случаев лечения к КСГ ds19.029 «Госпитализация в диагностических целях с постановкой/подтверждением диагноза злокачественного новообразования с использованием ПЭТ КТ» осуществляется по коду МКБ 10 (С., D00-D09) в сочетании со следующими кодами Номенклатуры: А07.23.008.001 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией головного мозга с введением контрастного вещества; А07.30.043 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолютропными РФП; А07.30.043.001 Позитронная эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией с опухолютропными РФП с контрастированием.

6.3.9. Отнесение к КСГ ds19.033 «Госпитализация в диагностических целях с проведением биопсии и последующим проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования» осуществляется в соответствии с иным классификационным критерием «mgi», применяемым для кодирования случаев госпитализации с обязательным выполнением биопсии при подозрении на злокачественное новообразование и проведением диагностических молекулярно-генетических и/или иммуногистохимических исследований.

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

6.5. Отнесение к КСГ ds36.004.1- ds36.004.4 «Лечение с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов (уровень 1-4)» осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и МНН лекарственных препаратов.

6.6. КСГ ds18.002.01- ds18.002.10 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)» включают в себя затраты на лекарственные препараты для лечения и



профилактики осложнений диализа (эритропозз стимулирующие препараты, препараты железа, фосфат связывающие вещества, кальцимитетики, препараты витамина Д и др.) и предъявляется к оплате за календарный месяц. Отнесение к КСГ ds18.002.01- ds18.002.10 осуществляется по коду МКБ 10, коду медицинской услуги в соответствии с Номенклатурой и коду лекарственной терапии при диализе, учитывающий примененные лекарственные препараты в соответствии с МНН. Стоимость услуг диализа, с учетом количества фактически выполненных услуг, прибавляется в рамках одного случая лечения, по тарифам услуг, установленных в **приложении 30** к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

6.6.3. В один срок лечения к оплате предъявляется не более одного случая клинико-статистической группы заболеваний, за исключением КСГ ds18.002.01 - ds18.002.10 «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)».

6.6.4. Пересечения сроков лечения в круглосуточном стационаре с периодом лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002.01 - ds18.002.10, допускается. В случае нахождения пациента в круглосуточном стационаре в период лечения в дневном стационаре по КСГ ds18.002.01 - ds18.002.10, случай КСГ «Лекарственная терапия у пациентов, получающих диализ уровень (1 – 10)» должен быть завершён датой оказания последней услуги диализа в отчетном месяце. При этом предъявление к оплате законченного случая по КСГ ds18.002.01 - ds18.002.10 и услуг диализа осуществляется в соответствии с изложенными в настоящем пункте правилами.

6.7 Учитывая длительное лечение противовирусным препаратом-ингибиторов проникновения HBV и HDV в клетку (48 недель) при хроническом вирусном гепатите В с дельта-агентом, осуществляется ведение одной истории болезни стационарного больного (с момента начала введения препарата до последнего введения). За единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения. За один отчетный месяц к оплате предъявляется не более одного случая лечения по тарифу КСГ ds12.001.2 Вирусный гепатит В хронический, лекарственная терапия (уровень 2).

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

7.1. Для КСГ ds37.001-ds37.008 критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). Медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара пациент получает при оценке 2-3 по ШРМ. Состояние пациента по ШРМ оценивается при поступлении в дневной стационар по максимально выраженному признаку, применима как для взрослых, так и детей. Шкала реабилитационной маршрутизации (ШРМ) представлена в порядке организации медицинской реабилитации взрослых, утвержденном приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 788н.

7.1.2. Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

7.1.3. КСГ ds37.013 «Медицинская реабилитация после онкоортопедических операций» и ds37.014 «Медицинская реабилитация по поводу постмастэктомического синдрома в онкологии» формируются по соответствующему коду МКБ 10 в сочетании с медицинской услугой



В05.027.001 «Услуги по медицинской7. реабилитации пациента, перенесшего операцию по поводу онкологического заболевания».

7.1.4.КСГ для случаев медицинской реабилитации пациентов, перенесших коронавирусную инфекцию COVID-19, формируются по коду иного классификационного критерия «gb2cov»– «gb3cov», отражающего признак перенесенной коронавирусной инфекции COVID-19, а также оценку по ШРМ (2-3 баллов соответственно).

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

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

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

**9. Условия получения плановой медицинской помощи по направлениям в медицинские организации на территории ХМАО-Югры и за пределами ХМАО-Югры**

Включение случая оказания медицинской помощи в реестр медицинской помощи производится по завершении оказания медицинской помощи пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по тарифам соответствующего уровня оказания медицинской помощи, предусмотренного настоящим Тарифным соглашением. МО – исполнитель, не имеющая прикрепленного населения, либо при оказании медицинских услуг пациенту, прикрепленному к иной медицинской организации, включает объем оказанной помощи в реестр медицинской помощи, при наличии направления от лечащего врача МО, к которой прикреплен пациент и в настоящее время проходит диагностику и лечение в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи или специализированной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и в рамках Программы в соответствии с медицинскими показаниями или стандартами (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

Подписи сторон:

Директор  
Департамента здравоохранения  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.А. Добровольский



Первый заместитель директора  
Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

В.А. Смирнов

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

И.Ю. Кузнецова

Директор  
Ханты-Мансийского филиала  
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

О.А. Томин

Член Ассоциации работников  
здравоохранения Ханты-Мансийского  
автономного округа – Югры

Е.Н. Иванникова

Председатель  
Региональной организации Профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

О.Г. Меньшикова