

ПОРЯДОК применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) 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 включает затраты на оказание первичной доврачебной, первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи.

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
- на оплату углубленной диспансеризации;
- на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов;
- на медицинскую помощь, оказанную неприкрепленному населению.

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 по медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (Приложение 16 к Тарифному соглашению);
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии (Приложения 31, 34 к Тарифному соглашению);
- по тарифам углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) (Приложение 39).

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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19). (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 2022 год и плановый период 2023 и 2024 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: посещений врачей и/или средних медицинских работников (ведущих самостоятельный амбулаторный приём), оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, и/или

лечебных и диагностических услуг по тарифам ГДУ, и/или услуг по профилактике заболеваний, включая проведение вакцинации, диспансеризации определённых групп населения, профилактические медицинские осмотры 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в рамках законченного случая в реестре счетов формируются отдельным случаем (записью), содержащим оказанные услуги застрахованному лицу.

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. В случай реестра счетов по стоимости тарифов посещений включается также 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;

- врачебные осмотры граждан, проводимые в МО 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.

1.8. 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)).

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 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 случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, с кратностью не менее двух посещений врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный прием соответствующего профиля) по поводу одного заболевания и выполненные медицинские, 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), который оплачивается по тарифу обращения по поводу заболевания. В обращение по поводу заболевания включаются консультативные посещения врачей-специалистов, дистанционные консультации при инфекционном заболевании, которые оплачиваются по тарифам посещений по заболеванию. 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), который оплачивается по тарифам посещений по заболеванию.

1.11. Диагностические услуги (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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)) оплачиваются по тарифам ГДУ, и включаются в реестр медицинской помощи в составе случая медицинской помощи, либо в качестве отдельных диагностических услуг по направлению другой МО без посещения врача или медицинского работника со средним образованием. При отнесении диагностической услуги к определенной группе необходимо руководствоваться **приложениями 21-22** к настоящему Тарифному соглашению.

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 24.03.2016 №179-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) 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: иные исследования без контрастирования при неотложных состояниях» - исследование одной и более анатомических зон при неотложных, экстренных состояниях, в том числе при подозрении на вирусную пневмонию, а также контрольное исследование, скрининговое исследование с использованием протокола низкодозной компьютерной томографии (например, при скрининге рака легкого), не закончившиеся госпитализацией, направлено на поиск причины, приведшей к экстренному или неотложному состоянию, без подробного описания смежных анатомических зон и систем. В стоимость тарифа также включены расходы на исследование с контрастированием.

1.13.2. 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 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, 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».

1.13.3. 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 услуга на оплату подается следующим образом: один тариф «Компьютерная томография с контрастированием одной анатомической зоны».

1.13.4. 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».

1.14. Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий. Порядок возмещения затрат консультирующих медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, на проведение консультаций (консилиумов врачей) с применением телемедицинских технологий установлен в Приложении 3 к Тарифному соглашению.

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 объем медицинских, диагностических услуг (исследований) по соответствующим тарифам.

1.16. Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях:

1.16.1. Комплексное посещение при оказании медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» - это комплекс медицинских вмешательств в амбулаторных условиях, направленных на медицинскую реабилитацию. Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация» проводится пациентам с оценкой состояния по ШРМ

(3 балла) мультидисциплинарной реабилитационной командой, включает не менее 10 посещений и различные методы реабилитации с длительностью случая не менее 14 календарных дней. Оплата комплексного посещения по профилю «Медицинская реабилитация» осуществляется за законченный случай медицинской реабилитации в амбулаторных условиях по тарифу «Комплексное посещение по профилю «Медицинская реабилитация», включает в себя консультации необходимых специалистов, а также проведение методов реабилитации, определенных индивидуальной программой медицинской реабилитации. В реестре медицинской помощи указываются все учтенные в медицинской документации услуги и посещения.

1.16.2. Услуги по медицинской реабилитации/восстановительной медицине, оказанные в амбулаторных условиях могут включаться в реестр медицинской помощи по тарифам врачебного посещения и услуг медицинской реабилитации/восстановительной медицине, сформированным в отдельный случай посещения по заболеванию или обращение по заболеванию.

1.17. 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.

1.18. 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.

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

- датой несостоявшейся явки;
- датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

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

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

- датой окончания оказания последней медицинской услуги в составе случая.

2. 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 31** 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 32** к Тарифному соглашению), а также тарифам простых медицинских услуг (ПМУ) и сложных медицинских услуг (СМУ), не входящих в состав КСГ (**приложение 34** 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 33** 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 31 к настоящему Тарифному соглашению**), ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ (**Приложение 34 к настоящему 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 определенных 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 услуги 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 предъявляется 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 листков нетрудоспособности.

2.8.20. При проведении пациенту ортодонтической коррекции в реестр включается STM32. Допускается применение STM32 в течение 12-18 месяцев о завершения этапа ортодонтического лечения. Кратность применения STM32 определяется лечащим врачом в зависимости от степени тяжести заболевания. СМУ B.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный» в реестр не включается.

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 проведена 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.

3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения

3.1. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, устанавливаемым Министерством здравоохранения Российской Федерации и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение»).

3.2. При этом Тарифным соглашением установлены тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, рассчитанные в соответствии с Методикой расчета тарифов, применяемые при межтерриториальных расчетах, в том числе дифференцированные в зависимости от работы медицинской организации в выходные дни (Приложения 17-20).

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 и (или) 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, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отраженные в первичной медицинской документации. Окончанием проведения профилактических мероприятий, где это регламентировано, является определение группы состояния здоровья. В случае отсутствия в реестре медицинской помощи (первый и/или второй этапы), предъявляемого к оплате, группы состояния здоровья (исключением является состояние, кроме группы здоровья, указываемое при окончании прохождения первого этапа – «направлен на второй этап»), диспансеризация считается не завершенной и оплате не подлежит.

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 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.

3.7. Осмотры и исследования, выполненные ранее и учитываемые при проведении профилактического мероприятия, должны быть приложены, в качестве дубликатов, 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. В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят 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 39 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.

Углубленная диспансеризация проводится только в случае прохождения гражданином ранее (или одновременно с углубленной диспансеризацией) профилактического медицинского осмотра или диспансеризации.

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 завершённой в случае проведения исследований и иных медицинских вмешательств, включенных во II этап углубленной диспансеризации.

Результатом оказания углубленной диспансеризации застрахованных лиц является количество оплаченных медицинской организацией завершённых 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 Случай проведения первого этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего в соответствии с Порядком, утверждённым уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, включается в реестр медицинской помощи после завершения осмотров и исследований, выполненных в рамках проведения профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего, включая осмотры и исследования, выполненные ранее и отражённые в первичной медицинской документации, по тарифу профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего (законченный случай 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 незавершенным и оплате не подлежит.

3.14 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, заключает договор с иной медицинской организацией, имеющей лицензию на требуемые виды работ (услуг), о привлечении соответствующих медицинских работников к проведению диспансеризации или медицинских осмотров.

3.15 Оплата фактически выполненных по договору объемов медицинской помощи, оказанной медицинской организацией, которая была привлечена к проведению отдельных осмотров, обследований при проведении диспансеризации или медицинских осмотров, производится медицинской организацией, ответственной за организацию диспансеризации или медицинских осмотров, по тарифам посещений и тарифам диагностических услуг соответствующего уровня оказания медицинской помощи установленного для медицинской организации направившей пациента.

3.16 Повторное предъявление к оплате комплексных посещений по диспансеризации или медицинскому осмотру гражданина 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.

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

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

4.1. Показатели результативности деятельности медицинской организации оцениваются Комиссией по разработке ТП ОМС на ежеквартальной основе, в соответствии с «Перечнем показателей результативности деятельности медицинских организаций и критериями их оценки для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по подушевому нормативу финансирования, на прикрепившихся к медицинской организации лиц в амбулаторных условиях, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)», представленными в Таблице 1.

Таблица 1

№ п/п	Наименование показателя	Расчет показателя	1-3 квартал		4 квартал		Источник информации
			Критерии оценки, %	Нормативный бал	Критерии оценки, %	Нормативный бал	

1.	Выполнение количества посещений с профилактической целью, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во профилактических посещений (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное кол-во профилактических посещений в рамках подушевого финансирования x 100%	Более 110	0	Более 100	0	ТФОМС (из реестров персональных счетов)
			70-110	5	100	5	
			Менее 70	0	Менее 100	0	
2.	Выполнение количества комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во комплексных посещений для проведения проф. мед. осмотров (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное кол-во комплексных посещений для проведения проф. мед. осмотров в рамках подушевого финансирования x 100%	90 и более	5	100	5	ТФОМС (из реестров персональных счетов)
			Менее 90	0	Менее 100 или более 100	0	
3.	Выполнение количества комплексных посещений для проведения диспансеризации, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во комплексных посещений для проведения диспансеризации (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное кол-во комплексных посещений для проведения диспансеризации в рамках подушевого финансирования x 100%	90 и более	5	100	5	ТФОМС (из реестров персональных счетов)
			Менее 90	0	Менее 100 или более 100	0	
4.	Выполнение количества обращений в связи с заболеваниями, подлежащих оплате в рамках подушевого финансирования	Кол-во обращений в связи с заболеваниями (выполненных в рамках подушевого финансирования)/ утвержденное кол-во в рамках подушевого финансирования x	Более 105	0	Более 100	0	ТФОМС (из реестров персональных счетов)
			70-105	5	100	5	
			Менее 70	0	Менее 100	0	

		100%					
--	--	------	--	--	--	--	--

Ежемесячный размер финансового обеспечения на выполнение показателей результативности деятельности медицинской организации составляет 5% от общего финансового обеспечения данных медицинских организаций по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$ОС_{\text{пн}} = ФДП_{\text{Н}}^i \times Ч_{\text{З}}^i + ОС_{\text{рд}}, \text{ где:}$$

$ОС_{\text{пн}}$ финансовое обеспечение медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу, рублей;

$ОС_{\text{рд}}$ размер средств, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, рублей.

Оценка медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, с целью осуществления выплат стимулирующего характера осуществляется ежеквартально.

4.2. Расчет финансового обеспечения на выполнение показателей результативности деятельности медицинских организаций представлен ниже в Таблице 2.

5. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, внедряющих новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

5.1. Оплата медицинской помощи производится 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 (за единицу объема медицинской помощи) и осуществляется в соответствии с перечнем медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (**Приложение 12** к Тарифному соглашению).

5.2. Критериями применения подушевого 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 (за единицу объема медицинской помощи) для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, являются:

- наличие прикрепившихся лиц;
- применение способа оплаты 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 (за единицу объема медицинской помощи);

- оказание первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства, в рамках реализации регионального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».

5.3. Оценка показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющих новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства, осуществляется в соответствии с показателями, установленными в Таблице 3 к настоящему приложению. Выплата медицинским организациям осуществляется в конце календарного года, по результатам оценки их деятельности, в случае достижения всех целевых значений показателей результативности деятельности медицинской организации.

Таблица 3

Блок	№	Наименование показателя	Целевое значение показателя, критерии оценки	Критерии оценки*	Нормативный бал	Источник информации
Блок 1. Управление потоками пациентов	1	Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических медицинских осмотров с иными потоками пациентов в поликлинике	Не более 3 пересечений	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	2	Количество пересечений потоков пациентов при предоставлении платных медицинских услуг и медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий на соответствующий календарный год и плановый период	Не более 1 пересечения	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	3	Последовательность действий пациента в потоке процесса оказания ему медицинской помощи	Не более 1 действия, порождающего возврат по потоку	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
Блок 2. Качество пространства	4	Количество мест в зоне (зонах) комфортного ожидания для пациентов	Не менее 1 места в зоне (1 посадочное место для размещения 1 посетителя), на 200 посещений плановой мощности	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	

	5	Организация системы навигации в медицинской организации	Поиск необходимой информации об объекте (кабинете, отделении, подразделении и пр.), в том числе в точке ветвления маршрута, занимает не более 30 секунд	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	6	Организация рабочих мест по системе 5С	Реализованы 3 и более шага в организации и поддержании порядка на рабочих местах по системе 5С для всех рабочих мест	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	7	Организация системы информирования в медицинской организации	Наличие 100% элементов информации от их общего объема, указанного в Контрольном листе оценки системы информирования в медицинской организации	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
Блок 3. Управление запасами	8	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами от склада поставщика до медицинской организации	Уровень запасов на складе медицинской организации не превышает четверти объема годовой закупки	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	9	Процесс снабжения лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и прочими материалами и их расходования в медицинской организации осуществляется по принципу «точно вовремя»	Уровень запасов не превышает недельную норму расходования (для кабинетов врачебного приема, процедурных, перевязочных, кабинетов забора биоматериала). За исключением определенного перечня лекарственных средств, требующих специальных условий учета и хранения	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	

Блок 4. Стандартизация процессов	10	Соответствие текущей деятельности медицинской организации стандартизированной работе улучшенных процессов	100% (доля соответствия текущей деятельности разработанным стандартам улучшенных процессов)	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	11	Пересмотр стандартов улучшенных процессов	Пересмотр стандартов улучшенных процессов не реже 1 раза в год, актуализация по мере необходимости	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	12	Время добавления ценности на приеме пациентов врачом	Не менее 50% от общего времени приема	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	13	Выравнивание нагрузки между сотрудниками в процессе трудовой деятельности в одном рабочем помещении	Колебания нагрузки между сотрудниками (врач и медицинская сестра, медицинская сестра и медицинская сестра, регистратор и регистратор и т.д.), осуществляющими прием в одном рабочем помещении составляет не более 30%	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
Блок 5. Качество медицинской помощи	14	Количество штрафов/удержаний / снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом. Каждый показатель исчисляется количеством штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	

	15	Сумма штрафов/удержаний / снятий, взысканных страховыми медицинскими организациями по результатам медико-экономического контроля, экспертизы качества медицинской помощи	Планомерное снижение показателей не менее чем на 5% ежегодно по сравнению с предыдущим годом. Каждый показатель исчисляется суммой штрафов (удержаний, снятий) на 100 запрошенных СМО случаев оказания медицинской помощи ежемесячно	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
Блок 6. Доступность медицинской помощи	16	Обеспечение амбулаторного приема плановых пациентов врачами строго по времени и по предварительной записи	Не менее 90% - доля посещений по установленному времени (допустимо отклонение, равное продолжительности и одного приема согласно расписанию); Не менее 90 % - доля посещений по предварительной записи	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	17	Обеспечение удаленной записи на прием в медицинские организации	Доля записей, произведенных без посещения регистратуры, составляет не менее 50%	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	18	Обеспечение выполнения профилактического осмотра и (или) первого этапа диспансеризации взрослого населения за минимальное количество посещений	Не более 3 (трех) посещений	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
Блок 7. Вовлеченность персонала в улучшения процессов	19	Вовлеченность руководителей медицинских организаций и их заместителей во внедрение бережливых технологий	Не менее 1 проекта по улучшению в год у руководителя медицинской организации и его заместителей	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП
				Не выполнено	0	
	20	Работа системы подачи и реализации предложений по	Доля реализованных улучшений от принятых	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСП

		улучшению	предложений составляет не менее 30%, с увеличением на 5% ежегодно	Не выполнено	0	
Блок 8. Формирование системы управления	21	Визуальное управление процессами	Не менее 5 процессов (в соответствии с блоками системы SQDCM) управляются через инфоцентр	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСР
				Не выполнено	0	
Блок 9. Эффективность использования оборудования	22	Производственная нагрузка оборудования	Коэффициент: не менее 80% в отношении оборудования, используемого в диагностических целях, кроме оборудования КДЛ	Выполнено	1	Оценивается представителям и РЦ ПМСР
				Не выполнено	0	

* Согласно Методическим рекомендациям по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС медицинская организация получает стимулирующие выплаты в случае достижения всех показателей (критериев) результативности.

5.4. Оценка результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется представителями Регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи по каждому отделению (подразделению). Результаты оценки направляются в Комиссию в срок до 15 декабря отчетного года.

5.5. Плановый объем средств на осуществление стимулирующих выплат в случае достижения медицинскими организациями целевых значений показателей результативности деятельности формируется в составе средств подушевого финансирования и составляет 0,1% общего объема финансового обеспечения медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу.

5.6. Если по результатам оценки показателей результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, медицинская организация не достигла целевого значения по всем показателям каждым отделением (подразделением), выплаты не осуществляются.

5.7. Результаты оценки и расчетная сумма выплат выносятся на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и утверждаются ее решением.

При этом размер финансового обеспечения медицинской организации, за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель, имеющей прикрепившихся лиц, по подушевому нормативу определяется по следующей формуле:

$$\text{Сум(нм)} = \text{ОСум(кр)} / \sum \text{ОСум(кр)} * (\sum \text{ОСум} - \sum \text{ОСум(кр)}) + \text{ОСум(кр)}, \text{ где:}$$

Сум(нм) итоговая сумма выплат за достижение всех показателей результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (с учетом общей суммы средств) (в соответствии с Таблицей 2 к настоящему приложению);

ОСум общая сумма средств, предназначенных на выплаты медицинским организациям за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, в размере 0,1%

общего размера финансового обеспечения медицинской организации по дифференцированному подушевому нормативу;

ОСум(кр) сумма средств, предназначенных на выплаты медицинским организациям за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, при достижении критериев результативности.

5.8. Сумма средств на выплаты медицинским организациям за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, внедряющей новую модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (ОСум), распределяется в полном объеме, без остатка, между медицинскими организациями, достигшими целевого значения в соответствии с Таблицей 4.

Таблица 2

Расчет финансового обеспечения на выполнение показателей результативности деятельности медицинских организаций (АО).

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Баллы по показателям						Итого баллов (Бфакт)	Макс. кол-во баллов (Бмакс)	Общий к-т (Коба)	Среднезв. общий к-т (Кобер)	Расчетный кв. размер фин. обеспечения МО по ПНФ, руб.	Утвержденный кв. размер фин. обеспечения МО по ПНФ, руб.	Расчетная сумма стимулиру. выплат, руб.	Итоговая сумма стимулиру. выплат, руб.	Расчетный объем финанс. обеспечения МО по ПНФ, руб.	Итоговый размер фин. обеспечения МО по ПНФ, руб.
			Уровень выполнения плановых показателей в амбулаторных условиях															
			ПЦ	ОЗ	Дистанс-с-ризация	Проф-осмотры												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10=8*9	11	12	13=12*99%	14=11*(12-13)	15	16	17=15+16		
1																		
...																		
19			X	X	X	X	X	X										
ИТОГО																		

Таблица 4

Расчет финансового обеспечения на выполнение критериев новой модели МО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Структурное подразделение МО	Критерии выполнения показателей (таблица 1), д/лет					Итого выполнено критерии	Итого по МО (1- критерии выполнены, выплаты производятся; 0 - критерии не выполнены, выплаты не производятся)*	Общая сумма средств, предназначенных на выплаты медицинским организациям за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, в размере 0,1% общего размера финансового обеспечения медицинской организации за дифференцированную подшаховую нормативу ОСум	Сумма средств, предназначенных на выплаты медицинским организациям за достижение целевого значения по показателям результативности деятельности медицинской организации, при достижении критериев результативности ОСум(кр)	Итоговая сумма выплат за достижение всех показателей результативности деятельности медицинской организации, всех показателей новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (с учетом общей суммы средств) Сум(ит)
				Количество пересечений потоков при проведении диспансеризации, профилактических и медицинских осмотров с новыми потоками пациентов и платежей (не более 3)	...	Противоэпидемная нагрузка оборудования (коэффициент: не менее 80% в отношении оборудования, используемого в диагностических целях, кроме оборудования КДЛ)	26						
1	2	3	4	5	6-25	26	27	28	29	30=28*29	31		
1													
...													
37				X	X	X	X	X					
ИТОГО													

Подписи сторон:

Директор
Департамента здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры




А.А. Добровольский

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



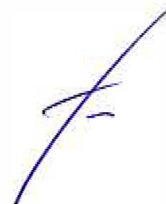
А.П. Фучежи

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




И.Ю. Кузнецова

Директор
Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»




О.А. Томин

Председатель
Ассоциации работников
здравоохранения Ханты-Мансийского
автономного округа – Югры



В.А. Гильванов

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



О.Г. Меньшикова