

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 в соответствии с перечнем Медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании (Приложение 1 к Тарифному соглашению).

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 финансовое обеспечение мероприятий по проведению всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки, проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;
- на оплату диализа в амбулаторных условиях;
- 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.

Расходы, не включенные в подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, оплачиваются по тарифам за единицу объема медицинской помощи.

• **По тарифам за единицу объема медицинской помощи** в соответствии с перечнем Медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании (Приложение 1 к Тарифному соглашению).

По тарифам за единицу объема оплачивается так же медицинская помощь, оказанная **неприкрепленному** населению, а также лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа.

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;
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях;

- по тарифам посещений по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/ восстановительной медицине при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг в стоматологии;
- по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап;
- по тарифам проведения диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап;
- по тарифам профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего);
- по тарифам проведения диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновлённых (удочерённых), принятых под опеку (попечительство), в приёмную или патронатную семью, I этап.

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. Тарифы услуг в случаях реестра счетов, финансирование которых включено в подушевой норматив финансирования, определяются для группы медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, с учетом интегрированных коэффициентов дифференциации подушевого норматива, а для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, - по тарифам оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях.

1.3. Случай в реестре счетов состоит из оказанных услуг застрахованному лицу: посещений врачей и/или средних медицинских работников (ведущих самостоятельный амбулаторный приём), оказывающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС, и/или лечебно-диагностических услуг, 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.

1.4. Не допускается формирование отдельных случаев и их включение в реестре 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. 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).

1.6. В случае 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;
- профилактические медицинские осмотры взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе выездные.

1.7. 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.

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

1.8. Мероприятия по медицинской профилактике заболеваний, проводимые в виде групповых занятий (школа Диабета, Астмы, Гипертонической болезни, ИБС и др.) лицам, состоящим на диспансерном учёте по соответствующему заболеванию, включаются в реестр медицинской помощи в составе случая оказания амбулаторной помощи или в виде отдельного случая не чаще 1 раза в год для одного лица по тарифу «Посещение «Школы здоровья» при условии оформления необходимой медицинской документации.

1.9. Услуги по медицинской реабилитации/восстановительной медицине, оказанные в амбулаторных условиях, включаются в реестр медицинской помощи по тарифам врачебного посещения и услуг медицинской реабилитации/восстановительной медицине, сформированным в отдельный случай при реабилитационном/восстановительном лечении или в составе случая обращения по соответствующему заболеванию.

1.10. 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.

1.11. 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).

1.12. 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.

1.13. Диагностические услуги 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.

1.13.1. Отнесение диагностической услуги к определенной группе необходимо руководствоваться **приложениями 19, 20** к настоящему Тарифному соглашению.

1.13.2. Осуществляется по тарифам групп прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала **Формирование групп** прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала осуществлялось на основании Правил проведения патологоанатомических исследований, утвержденных Приказом МЗ РФ от 24.03.2016 №179-н.

1.13.3. При отнесении случая выполнения прижизненных патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала к определенной группе необходимо руководствоваться **Правилами проведения патологоанатомических исследований**, утвержденных Приказом МЗ РФ от 24.03.2016 №179-н.

1.14. 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.

1.15. 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.

1.16. 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.

1.17. Обращение по поводу заболевания формируется в реестре медицинской помощи как случай, содержащий не менее 2-х посещений (приемов) врача (медицинского работника, имеющего среднее медицинское образование, ведущего самостоятельный приём), в том числе консультативные посещения врачей-специалистов, по тарифам посещений по заболеванию, а также фактически выполненные медицинские, диагностические услуги (исследования), в рамках соблюдения порядка и стандарта оказания помощи при данном заболевании.

1.18. Разовые посещения по заболеванию в реестре медицинской помощи, формируется как один случай, содержащий одно посещение (прием) 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), и учитывается как одно посещение с профилактической и иной целью.

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 тарифы подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (амбулаторный подушевой норматив финансирования).

2.2. Оплата стоматологической помощи осуществляется за законченный случай по тарифам услуг КСГ (**приложение 39** 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 40** к Тарифному соглашению), а также тарифам простых медицинских услуг (ПМУ) и сложных медицинских услуг (СМУ), не входящих в состав КСГ (**приложение 42** 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 41** 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 39 к настоящему

Тарифному соглашению), ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ (Приложение 42 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 №№ 2 (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), 3, 11, 17, 18, 19, 26, 27 (при диагнозе: K10.2, K10.3, K05.22, K05.32), 31;
- 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 КСГ №33 или №9 и простые и сложные медицинские услуги, не входящие в состав КСГ (при необходимости).

2.8.10. Сложные медицинские услуги, в названии которых имеется «Профилактический прием...(наименование вида специальности стоматологического профиля)», применяются

только для оплаты стоматологической помощи в рамках договоров на оказание услуг по проведению стоматологических осмотров:

- в связи с диспансеризацией определённых групп населения;
- в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации.

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

2.8.12. Сложные медицинские услуги стоматологического профиля (первичные, повторные и диспансерные приемы) могут быть включены в реестр за оказанные медицинские услуги два и более раза в день только в случае оказания стоматологической помощи разными специалистами, имеющими разные сертификаты специалистов.

2.8.13. В реестре медицинской помощи оформляется 2 и более услуг КСГ, когда осуществляется лечение неосложненного кариеса двух и более поверхностей одного зуба по одноименной КСГ.

2.8.14. Услуги КСГ №1 «Профилактическая помощь взрослому и детскому населению» и №31 «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.

Все медицинские услуги КСГ № 1 распространяются на всю полость рта, а не на 1 зуб. В течение календарного года КСГ № 1 для взрослого населения (старше 18 лет) подлежат оплате не чаще 1 раза в 6 месяцев, для детского населения подлежат оплате не чаще 1 раза в 4 месяца. При проведении герметизации фиссур у детского населения допустимо за один прием проведение 2 и более услуг КСГ №31.

2.8.15. Услуги В01.065.005 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического первичный» или В01.065.006 «Прием (осмотр, консультация) гигиениста стоматологического повторный» могут включаться вместе с КСГ № 1, 7, 8, 10, 15, 16.

2.8.16. При оказании стоматологической медицинской помощи в неотложной форме случай оформляется из услуг «Прием ... (наименование вида специальности стоматологического профиля)», КСГ №2 «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 КСГ №2.

При оказании неотложной помощи в ночное время, выходные и праздничные дни, вне зависимости первичный прием у пациента или повторный, в реестр включается В01.065.008 «Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный» или В01.065.004 «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. КСГ №8 предъявляется к оплате в случае, если клинический диагноз подтвержден данными рентгенологического обследования, и для достижения клинического результата лечения количество посещений и ПМУ А11.07.022 «Аппликация лекарственного препарата на слизистую оболочку полости рта» составляет не менее 5. После оказания медицинской помощи по КСГ №8 пациент обязательно берется на динамическое наблюдение с кратностью явок в зависимости от диагноза и степени тяжести заболевания.

2.8.18. КСГ №19.1, 19.2 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 № 19.1, 19.2, 20, 21 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 КСГ №32. Допускается применение КСГ №32 в течение 12-18 месяцев о завершения этапа ортодонтического лечения. Кратность применения КСГ №32 определяется лечащим врачом в зависимости от степени тяжести заболевания. СМУ В.01.063.002 «Прием (осмотр, консультация) врача-ортодонта повторный» в реестр не включается.

2.8.21. КСГ №34 «Проведение консультативной медицинской помощи взрослому и детскому населению при стоматологических заболеваниях с ПМУ и СМУ, не входящих в состав КСГ, к оплате предоставляется в следующих случаях:

- завершение обращения за стоматологической помощью направлением пациента на консультацию и/или лечение в другую медицинскую организацию;
- пациент проведенная консультация врача-ортодонта без дальнейшего лечения;
- при незаконченном лечении одного заболевания по причине неявки пациента.

2.8.22. При оказании пациенту медицинской помощи по заболеванию, требующей обязательного проведения Rg контроля (однократно, многократно), медицинская организация, не имеющая в своём составе соответствующего подразделения, обязана организовать оказание данной услуги за счёт собственных средств. Взаиморасчеты между медицинскими организациями за оказанные диагностические услуги осуществляются по утвержденным в установленном порядке тарифам ОМС. По завершении случая лечения в реестр включаются все услуги, оказанные пациенту, в том числе услуги, оказанные сторонними медицинскими организациями (из списка услуг, оплачиваемых дополнительно с КСГ), с обязательным внесением в поле «CODE_MD» кода лечащего врача-специалиста стоматологического профиля. Оплата соответствующего реестра осуществляется в полном объёме, с обязательным контролем страховыми медицинскими организациями на наличие подтверждающих документов в первичной медицинской документации.

2.8.23. При завершении лечения заболеваний твердых тканей зубов в реестр включается соответствующая КСГ, а оплата за пломбировочный материал, не входящий в Перечень материалов, инструментов, предметов разового использования, применяемых при оказании стоматологической помощи Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, осуществляется за счет средств граждан по действующим в медицинской организации тарифам на платные медицинские услуги.

2.8.24. В случае, если пациент, находясь на лечении в условиях дневного стационара по какой-либо нозологии, обращается за получением стоматологической помощи в рамках амбулаторно-поликлинического приема, медицинская помощь оплачивается в полном объеме в обоих случаях в соответствии с порядком, утвержденным Тарифным соглашением.

3. Оплата диспансеризации и медицинских осмотров отдельных групп населения

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

3.2. Случаи проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, предъявляются к оплате после завершения осмотров, исследований и иных мероприятий, выполненных в рамках проведения 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 завершённой и оплате не подлежит.

3.3. Годом прохождения диспансеризации определенных групп взрослого населения, считается календарный год, в котором гражданин достигает соответствующего возраста.

3.4. Результаты осмотров (консультаций), исследований или сведений об иных медицинских мероприятиях, входящих в объем диспансеризации, которые выполнялись в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации, либо исследования, в соответствии с требованиями нормативной документации, выполняемые 1 раз в 2 года, могут быть учтены при проведении диспансеризации.

3.5. 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.

3.6. Осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия, выполненные ранее и предъявленные к оплате в предыдущих отчетных периодах, вносятся в реестр медицинской помощи, в случае оплаты первого этапа диспансеризации по тарифам посещений и диагностических медицинских услуг. При этом в реестре медицинской помощи для ранее выполненных и предъявленных к оплате услуг поле «PR_NOV» принимает значение «1» в соответствии с приказом ТФОМС Югры от 30.10.2018 № 816 «Об осуществлении информационного взаимодействия и персонифицированного учета сведений в системе обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры». Стоимость ранее выполненных и предъявленных к оплате услуг не включается в счет в текущем отчетном периоде и не предъявляется к оплате.

3.7. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых в рамках первого этапа диспансеризации, не превышает 15% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках первого этапа диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема первого этапа диспансеризации, первый этап диспансеризации учитывается как завершённый и подлежит оплате по тарифам проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап.

3.8. В случае если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее и учитываемых в рамках первого этапа диспансеризации, превышает 15% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках первого этапа диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема первого этапа диспансеризации, первый этап диспансеризации учитывается как завершённый. При этом оплате подлежат только выполненные осмотры (исследования, мероприятия) и включаются в реестр в виде набора фактически выполненных осмотров, исследований и проведенных мероприятий в соответствии с разделом I приложения №8 «Тарифы медицинских услуг, применяемых при проведении 1-го этапа диспансеризации взрослого населения в соответствии с Приказом МЗ РФ от 26.10.2017 г. №869-н».

3.9. Исследования первого этапа диспансеризации, проводимые с периодичностью 1 раз в 2 года, подлежат оплате в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными территориальной программой.

3.10. В случае выполнения в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема первого этапа диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр.

3.11. 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). Первый этап 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 (1 этап), оплачивается по тарифам диспансеризации (законченный случай 1 этапа диспансеризации) для соответствующей категории граждан.

3.12. 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.

3.13. 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 1 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 1 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

3.14. Случаи проведения второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе выездные профилактические медицинские осмотры, включаются в реестр медицинской помощи после полного завершения осмотров, обследований и вынесения соответствующего заключения, по тарифам посещений специалистов и набора выполненных диагностических услуг. При этом в реестре медицинской помощи указывается диагноз (Z00.0 - Z02.9) или установленный диагноз по заболеванию, выявленному в результате прохождения медицинского осмотра, а также данные врача, оформляющего медицинское заключение. В случае отсутствия в реестрах за проведение 2 этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних группы состояния здоровья, медицинский осмотр считается незавершённым и оплате не подлежит.

3.15. В случае отсутствия у медицинской организации, осуществляющей диспансеризацию или медицинские осмотры населения, 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.

3.16. 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.

3.17. Повторное предъявление к оплате услуг по диспансеризации или медицинскому осмотру гражданина одной и той же медицинской организацией в течение года не допускается. К оплате принимаются только услуги, оказанные гражданину впервые в текущем году и только в соответствии с регламентированными половозрастными характеристиками гражданина.

3.18. В случае повторного, в течение года, предъявления к оплате услуг по диспансеризации различными медицинскими организациями, приоритет при оплате отдаётся той медицинской организации, к которой гражданин прикреплен для получения первичной медико-санитарной помощи.

3.19. Если гражданин в течение года сменил медицинскую организацию в соответствии с его правом выбора медицинской организации, то оплате подлежит случай диспансеризации, предъявленный к оплате раньше.

4. Применение коэффициента выравнивания

4.1. Для соответствия плановых объемов финансового обеспечения, утвержденных решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в текущем году и выполняемого ежемесячно медицинскими организациями при оказании медицинской помощи в ПСМП, в том числе стоматологической помощи, к стоимости тарифов применяется коэффициент выравнивания (K_{iv}).

4.2. Коэффициент выравнивания для i -й медицинской организации (K_{iv}) определяется по следующей формуле:

$$K_{iv} = \frac{V_{ipm}}{V_{ifm}}$$

где:

V_{ipm} – плановый объем финансового обеспечения в месяц, утвержденный для i -й медицинской организации, рассчитанный исходя из:

$$V_{ipm} = \frac{V_{ipг} - V_{ifпм}}{12-n}$$

где:

$V_{ипг}$ - плановый объем финансового обеспечения, утвержденный решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в текущем году для i -й медицинской организации;

$V_{фпм}$ – выполненное финансовое обеспечение за прошедший период года перед расчетным месяцем года.

$12 - n$ - количество месяцев за минусом количества прошедших месяцев в году перед расчётным.

$V_{фм}$ – фактическое выполнение финансового обеспечения за расчётный месяц.

В случае если фактическое финансовое обеспечение в месяц соответствует плановому, то коэффициент выравнивания считать равным 1 ($K_{ив}=1$).

5.3. Плановое финансовое обеспечение, превышающее фактическое в расчете на месяц, учитывается в плановом объеме финансового обеспечения медицинской организации на оставшийся период от года. Коэффициент выравнивания применяется к медицинским организациям, которые не участвуют в подушевом финансировании.

5.4. Расчет коэффициентов выравнивания производится ежемесячно после закрытия форматно-логического контроля и применяется на тарифы оплаты за оказанную медицинскую помощь согласно реестрам счетов, поданных в отчетном периоде. Коэффициент выравнивания не применяется к тарифам на услуги за оказанную медицинскую помощь медицинскими организациями финансирование которых производится по подушевому нормативу финансирования.

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»

М.А. Соловей

Президент НП
«Ассоциация работников здравоохранения
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»

А.В. Кичигин

Председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ

О.Г. Меньшикова