

**Тарифное соглашение
в системе обязательного медицинского страхования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
на 2019 год**

Содержание

Раздел I. Общие положения	3
Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи	18
Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи	19
Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования	19
Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях.....	20
Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов	22
Часть 4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)	23
Раздел IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.....	24
Раздел V. Заключительные положения.....	25
Часть 1. Порядок взаимодействия при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории автономного округа.....	25
Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчётов участников обязательного медицинского страхования.....	26
Часть 3. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов.....	29
Часть 4. Список приложений к Тарифному соглашению	29

Раздел I. Общие положения

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2019 год (далее – Тарифное соглашение) заключено, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», между:

Департаментом здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – Депздрав Югры) в лице директора – Добровольского Алексея Альбертовича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – ТФОМС Югры) в лице директора – Фучежи Александра Петровича;

страховыми медицинскими организациями (далее также – СМО) в лице директора Ханты-Мансийского филиала ООО «АльфаСтрахование-ОМС» – Соловья Максима Анатольевича, директора филиала ООО «Капитал Медицинское Страхование» в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре – Кузнецовой Инессы Юрьевны;

медицинскими профессиональными некоммерческими организациями в лице президента некоммерческого партнерства «Ассоциация работников здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры» – Кичигина Александра Васильевича;

профессиональными союзами медицинских работников или их объединений (ассоциаций) в лице председателя Окружной организации профсоюза работников здравоохранения – Меньшиковой Оксаны Геннадьевны;

включенными в состав комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, далее совместно именуемые стороны.

Стороны заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Тарифное соглашение, разработано в целях обеспечения финансовой устойчивости сферы обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в соответствии с:

– Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

– Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»;

– Постановлением Правительства Российской Федерации от 10.12.2018 № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 № 29н «Об утверждении Порядка ведения персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС);

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17.05.2012 № 555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи»;

– Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2012 № 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2012 № 1011н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 № 216н «Об утверждении порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.06.2013 № 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.03.2013 № 121н «Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении Положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.10.2017 № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

– Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07.03.2018 № 92н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи детям»;

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 № 73 «Об утверждении положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования»;

– Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18.11.2014 № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения» (далее – Требования);

– Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 21.11.2018 № 11-7/10/2-7543 и 14525/26-1/и «О методических рекомендациях по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования»;

– Письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.12.2018 № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 24.12.2012 № 9939/30-и «О порядке контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи»;

– Письмом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 03.12.2018 № 15031/26-1/и «О направлении инструкции по группировке случаев, в том числе правила учета классификационных критериев, и подходам к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования»;

– Проектом постановления Правительства ХМАО-Югры «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

– Постановлением Правительства ХМАО-Югры от 09.10.2013 № 414-п «О государственной программе Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Развитие здравоохранения на 2018-2025 годы и на период до 2030 года»;

– Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от 15.11.2018 № 92-оз «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского

страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры на 2019 год и плановый период 2020 и 2021 годов»;

– Приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа-Югры от 29.10.2015 №13-нп «Об утверждении Примерного положения об установлении системы оплаты труда работников медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры»;

– другими нормативными правовыми документами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения являются согласованные сторонами размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), действующих в рамках реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре (далее также – ТП ОМС), порядок применения тарифов и размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Тарифное соглашение определяет и устанавливает:

– тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в соответствии с ТП ОМС, их структуру и порядок применения;

– сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных ТП ОМС;

– порядок взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (далее – автономного округа) при оплате медицинской помощи;

– перечень обязательств медицинских организаций, следствием неисполнения которых является возможность неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

4. Основные обязанности сторон Тарифного соглашения и участников обязательного медицинского страхования:

1) Депздрав Югры обязуется осуществлять:

– организацию лицензирования медицинской деятельности;

– обеспечение контроля качества оказываемой медицинской помощи;

– разработку объемов оказания медицинской помощи, контроль за их соблюдением;

– разработку предложений по совершенствованию системы обязательного медицинского страхования;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами межведомственного электронного взаимодействия;

– обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2) ТФОМС Югры обязуется осуществлять:

– финансирование обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и автономного округа;

– обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории автономного округа;

– контроль целевого использования финансовых средств, направленных на обязательное медицинское страхование;

– обеспечение предусмотренных законодательством Российской Федерации прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами межведомственного электронного взаимодействия;

– обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3) Страховые медицинские организации (далее также – СМО) обязуются обеспечить:

– использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;

– оплату медицинской помощи в порядке, установленном настоящим Тарифным соглашением;

– контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

– осуществление защиты прав и законных интересов застрахованных лиц;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами информационного взаимодействия;

– обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4) Медицинские организации (далее также – МО) обязуются обеспечить:

– оказание качественной, доступной медицинской помощи гражданам в объемах и на условиях ТП ОМС в 2019 году;

– использование средств обязательного медицинского страхования по целевому назначению;

– выполнение требований медицинской этики, деонтологии, врачебной тайны;

– информационный обмен в соответствии с установленными стандартами и регламентами информационного взаимодействия;

– обеспечение защиты конфиденциальной информации, в том числе персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5) Профессиональный союз медицинских работников обязуется обеспечить:

– активное участие в формировании и реализации региональной нормативной правовой базы в сфере здравоохранения в условиях его реформирования и модернизации, в совершенствовании правового положения медицинских организаций, исходя из необходимости повышения уровня

защищенности профессиональных, трудовых и социально-экономических прав и интересов работников отрасли;

- проведение информационной работы в медицинских организациях;
- контроль соблюдения медицинскими организациями норм трудового законодательства;
- осуществление иных полномочий в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Система оплаты медицинской помощи, устанавливаемая Тарифным соглашением, должна способствовать решению следующих основных задач:

- обеспечивать реализацию гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории автономного округа, определяемых ТП ОМС в условиях максимально эффективного использования целевых финансовых средств обязательного медицинского страхования;
- обеспечивать предсказуемость затрат на медицинскую помощь;
- стимулировать реструктуризацию медицинской помощи, ресурсосбережение, смещение значительного объема помощи на амбулаторный этап, сокращение длительности пребывания больных в стационаре, усиление профилактической направленности в деятельности медицинских организаций, обеспечение заинтересованности в рациональном расходовании финансовых ресурсов;
- способствовать приведению размера тарифов в соответствие нормативно обоснованным затратам на оказание медицинской помощи застрахованным лицам;
- обеспечивать доступность и повышение качества медицинской помощи.

6. Основные понятия и сокращения, используемые в Тарифном соглашении:

Уровень организации медицинской помощи – технологический уровень оказания медицинской помощи (лечение одного и того же заболевания с применением медицинских технологий разной сложности), определённый исходя из возможностей и особенностей региональной сети медицинских организаций.

Тарифы в сфере обязательного медицинского страхования (далее – тарифы) – стоимость единицы объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

Случай госпитализации – случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ) – группа заболеваний, относящихся к одному профилю медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов). Клинико-статистические группы не применяются врачами-экспертами страховых медицинских организаций в качестве клинических рекомендаций для проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи по КСГ – оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента затратоемкости и поправочных коэффициентов.

Базовая ставка – средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, с учетом других параметров, предусмотренных настоящими рекомендациями (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости – устанавливаемый методическими рекомендациями коэффициент затратоемкости клинко-статистической группы заболеваний или клинко-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

Коэффициент дифференциации – устанавливаемый на федеральном уровне коэффициент, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах, в случае если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации.

Поправочные коэффициенты – управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

Управленческий коэффициент – поправочный коэффициент, позволяющий корректировать тариф клинко-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и (или) учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинко-статистической группе.

Коэффициент уровня оказания медицинской помощи – поправочный коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи – коэффициент, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи, обусловленный объективными причинами.

Коэффициент сложности лечения пациентов – коэффициент, устанавливаемый в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

Подгруппа в составе клинко-статистической группы заболеваний – группа заболеваний, выделенная в составе клинко-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинко-статистической группе, с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

Оплата медицинской помощи за услугу – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая

госпитализации строго в соответствии с перечнем услуг, установленных настоящими рекомендациями.

Отчетный период (месяц) – календарный месяц оказания медицинской помощи, в том числе завершения ранее начатой.

Единый регистр застрахованных лиц – территориально распределенный информационный ресурс, являющийся совокупностью региональных сегментов единого регистра застрахованных лиц.

Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц – информационный ресурс, содержащий персонифицированные сведения о лицах, застрахованных в Ханты-Мансийском автономном округе-Югре по ОМС.

Регистр прикрепленных лиц – информационный ресурс, содержащий сведения о застрахованных лицах, реализовавших право выбора медицинской организации, в соответствии с порядком, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Реестр медицинской помощи (далее также – реестр счетов) – информационный ресурс, содержащий сведения о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам.

Фактические объёмы предоставления медицинской помощи – объем (количество) фактически оказанных единиц объема медицинской помощи: медицинских услуг, посещений, обращений, вызовов скорой медицинской помощи, случаев госпитализации, койко-дней, пациенто-дней), включенных в реестр оказанной медицинской помощи.

Фактические объёмы финансирования медицинской помощи – фактическая стоимость медицинской помощи на основе данных о фактически оказанной медицинской помощи согласно реестрам счетов.

Расчетные объёмы финансирования медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу – размер финансового обеспечения медицинской помощи, финансируемой по подушевому нормативу, определённый исходя из значения дифференцированного подушевого норматива финансирования данного вида медицинской помощи.

Внешние медицинские услуги – консультации врачей-специалистов, профилактические, диагностические, лечебные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях застрахованным лицам, не прикрепленным к МО-исполнителю.

Посещение – контакт пациента с врачом или средним медицинским персоналом, ведущим самостоятельный прием и наделенным функциями лечащего врача в установленном порядке, по поводу страхового случая, включающий комплекс необходимых медицинских услуг с последующей записью в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Обращение по заболеванию в амбулаторных условиях – это случай лечения заболевания в амбулаторных условиях, включающий совокупность посещений, в том числе активно на дому, и медицинских манипуляций с

диагностической и лечебной целью, по поводу одного заболевания, а также одно посещение в случае направления пациента в иную МО для оказания специализированной или диагностической помощи, либо прерванное лечение по инициативе пациента, если результат лечения не достигнут, без учёта посещения в связи с оказанием неотложной медицинской помощи.

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

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

Законченный случай лечения в стационаре, дневном стационаре – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи по основному заболеванию, а также по сопутствующей патологии, требующей коррекции в период стационарного лечения или лечения в дневном стационаре, предоставленных пациенту в стационаре или в дневном стационаре в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписки, перевод в другое учреждение или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтверждённого первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

Подушевое финансирование скорой медицинской помощи (за исключением скорой специализированной медицинской помощи) – порядок финансирования скорой медицинской помощи на основе подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи – объём финансирования МО, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанный на одну единицу обслуживаемого МО населения (на одного жителя) в соответствии с зональным принципом, утвержденным приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением стоматологии) – объём средств, определённый исходя из стоимости амбулаторной помощи по ТП ОМС и необходимый на осуществление деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях в расчёте на одного прикрепленного застрахованного гражданина Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе

первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации в месяц.

Прикреплённое население – застрахованные на территории автономного округа граждане, прикреплённые к медицинской организации в соответствии с порядком взаимодействия сторон при осуществлении прикрепления застрахованных лиц, утверждённым настоящим Тарифным соглашением.

Неприкреплённое население – застрахованные на территории автономного округа граждане, прикреплённые к другим медицинским организациям или не прикреплённые ни к одной из медицинских организаций на территории автономного округа.

Плановые объёмы предоставления медицинской помощи – установленное Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) количество единиц объёма медицинской помощи, сформированное на основании средних нормативов объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС, с учётом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения автономного округа, основанных на данных медицинской статистики, климатических и географических особенностей региона, транспортной доступности медицинских организаций и плотности населения на территории автономного округа.

Плановые объёмы финансирования медицинской помощи – установленные Комиссией суммы на финансовое обеспечение медицинской помощи, соответствующие плановым объёмам предоставления медицинской помощи, с учетом средних нормативов финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, установленных ТП ОМС.

Форматно-логический контроль (далее – ФЛК) – проводимая ТФОМС Югры автоматизированная обработка файлов, содержащих информацию о застрахованных лицах, оказанной медицинской помощи и результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи на соответствие, утверждённому формату, региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, Тарифному соглашению в системе обязательного медицинского страхования автономного округа.

Стоматологическая помощь – медицинская помощь, направленная на профилактику, своевременную диагностику и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Первичный прием в стоматологии – первичное посещение пациентом специалиста стоматологического профиля в календарном году в одном МО. При этом в первичной медицинской документации должны быть:

- отражены состояния зубных рядов,
- определены индексы интенсивности кариеса,
- определены гигиенические индексы,
- отражены состояния краевого пародонта и слизистой оболочки полости рта,
- отражены данные результата визуального онкоскрининга,
- составлен план обследования, лечения и, при необходимости, консультаций и динамического наблюдения.

Повторный прием в стоматологии – второе и каждое последующее

посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по заболеванию. Повторным приемом считается также привлечение консультантов в рамках случая оказания медицинской помощи.

Повторным посещением на стоматологическом приеме является каждое последующее посещение в течение одного календарного года в одной медицинской организации.

Прием по диспансерному наблюдению в стоматологии – посещение врача-специалиста стоматологического профиля с целью динамического наблюдения за ранее пролеченным стоматологическим заболеванием.

Законченный случай в стоматологии – совокупность медицинских услуг, оказанных пациенту при обращении за стоматологической помощью по поводу одного заболевания, при котором цель посещения/посещений (консультация, лечебно-диагностическое, профилактическое посещение) достигнута. Сроком лечения считается период с даты начала до даты окончания лечения.

Незаконченный случай лечения заболевания при оказании стоматологической помощи в амбулаторных условиях – предоставление медицинской помощи по заболеванию с недостигнутым клиническим результатом лечения.

Посещение с профилактической целью – посещения пациентом врача-специалиста стоматологического профиля (зубного врача, гигиениста стоматологического), направленное на предупреждение развития стоматологических заболеваний.

Посещение по неотложной помощи в стоматологии – разовое посещение пациентом врача-специалиста стоматологического профиля (зубного врача) при остро возникших и обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области, которая должна быть оказана на момент обращения пациента в медицинскую организацию.

Обращение по заболеванию в стоматологии – законченный случай в стоматологии по лечению стоматологических заболеваний.

Законченный случай лечения в стоматологии по КСГ – предоставление стоматологической медицинской помощи по заболеванию с первичного обращения до достижения клинического результата (выздоровление, достижение ремиссии, восстановление коронки зуба и т.д.) при отсутствии клинических показаний для повторного обращения.

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание медицинской помощи у специалистов стоматологического профиля и равный 10 минутам.

Простая медицинская услуга (далее – ПМУ) – элементарная, неделимая услуга, выполняемая по формуле «пациент» + «специалист» = «1 элемент профилактики, диагностики или лечения».

Сложная медицинская услуга (далее – СМУ) – это набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения по формуле «пациент» + «простые + сложные услуги» = «проведение профилактики, установление диагноза или окончания проведения определенного этапа лечения». Особенности раздельного учета и контроля объемов

предоставления медицинской помощи со списком медицинских организаций, оказывающих только диагностические услуги в амбулаторных условиях изложены в **приложении 32**.

Группа диагностических услуг (далее – ГДУ) – группа диагностических услуг сходных по технологии исполнения и методам диагностики.

Направление на обследование, консультацию, восстановительное лечение, госпитализацию – документ, оформленный медицинской организацией-заказчиком и выданный застрахованному лицу с целью получения услуг в медицинской организации – исполнителе, подлежащий строгой отчетности для осуществления учета объема заказанных медицинских услуг.

Все иные термины и определения используются настоящим Тарифным соглашением в том значении, в котором они определены нормативными правовыми актами, регулирующими сферы охраны здоровья и обязательного медицинского страхования граждан в Российской Федерации.

7. Принципы оплаты медицинской помощи:

1) В целях установления размера и структуры тарифа на оплату медицинской помощи дифференцированно с учетом коэффициента уровня оказания медицинской помощи для групп медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций, распределение медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС, осуществляется по следующим уровням:

первый уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа):

первичную медико-санитарную помощь;

и (или) специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 4 профилям, включая терапевтический, хирургический и педиатрический профиль;

и (или) скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь;

второй уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие в том числе специализированную (за исключением высокотехнологичной) медицинскую помощь по 5 и более профилям медицинской помощи и (или) населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры;

третий уровень – медицинские организации, имеющие в своей структуре подразделения, оказывающие населению высокотехнологичную медицинскую помощь.

Отнесение МО к третьему уровню оказания медицинской помощи осуществляется в случае распределения Комиссией по разработке территориальной программы ОМС ХМАО-Югры объемов на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

2) Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, осуществляется на основании предоставленных медицинской организацией

реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, по утверждённым в установленном порядке тарифам на оплату медицинской помощи, действующим на дату окончания случая оказания медицинской помощи. В случае отсутствия реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи, оплата оказанной медицинской помощи медицинским организациям не осуществляется вне зависимости от способа ее оплаты.

3) Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями лицам, застрахованным на территории автономного округа, осуществляется СМО в соответствии с лицензией медицинской организации на медицинскую деятельность, договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию по установленным способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи, в пределах объёмов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, с учётом требований Приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее – Порядок контроля) и в соответствии с порядком, установленным Правилами ОМС.

4) Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями на территории автономного округа лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа, осуществляется ТФОМС Югры в соответствии с пунктом 8 статьи 34 Федерального закона по базовым тарифам соответствующего уровня организации медицинской помощи и подлежит возмещению территориальными фондами обязательного медицинского страхования иных субъектов Российской Федерации в соответствии с Правилами ОМС.

5) Медицинские организации ежемесячно формируют и представляют в ТФОМС Югры реестр медицинской помощи, включая первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь), оказанную прикреплённому и некреплённому населению, медицинскую помощь лицам, застрахованным за пределами территории автономного округа, по утверждённым в установленном порядке тарифам.

6) Включение случая оказания медицинской помощи в реестр медицинской помощи производится по завершении оказания медицинской помощи пациенту в соответствии с законодательными и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, по тарифам соответствующего уровня оказания медицинской помощи, предусмотренного настоящим Тарифным соглашением. МО – исполнитель, не имеющая прикрепленного населения, либо при оказании медицинских услуг пациенту, прикрепленному к иной медицинской организации, включает объем оказанной помощи в реестр медицинской помощи, при наличии направления от МО, к которой прикреплен пациент (за исключением скорой медицинской помощи, медицинской помощи оказанной в экстренной и неотложной форме, медицинской помощи, оказанной в диспансерах, региональных центрах в соответствии с зонами обслуживания, утвержденными приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры).

7) Актуализация диагноза в процессе наблюдения и лечения по одному случаю заболевания не приводит к формированию нового случая оказания медицинской помощи. При оказании медицинской помощи врачами разных специальностей (консультации, диагностические услуги и т.д.), в реестр медицинской помощи вносятся данные (код) лечащего врача и код медицинского работника, непосредственно оказывающего медицинскую услугу.

8) Оплате за счёт средств ОМС подлежит медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам, в соответствии с законодательством Российской Федерации об ОМС.

8. Особенности основных показателей ТП ОМС и их текущего учета:

1) Финансовым источником для формирования размера тарифов на оплату медицинской помощи являются средства ОМС, предусмотренные Законом Ханты-Мансийского автономного округа – Югры от «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» (далее – закон о бюджете ТФОМС Югры) в части финансового обеспечения ТП ОМС.

2) В целях финансовой устойчивости системы ОМС при изменении соотношения доходной и расходной части бюджета ТФОМС Югры может производиться изменение размера действующих тарифов на оплату медицинской помощи.

3) Плановые объёмы предоставления и объёмы финансирования медицинской помощи распределяются и устанавливаются решением Комиссии между медицинскими организациями и между страховыми медицинскими организациями на год.

4) Перераспределение установленных плановых объемов предоставления медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств происходит по результатам ежемесячного мониторинга исполнения объемов предоставления и финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, медицинских организаций и страховых медицинских организаций. В случае несоответствия фактически выполненных объемов предоставления и объемов финансирования медицинской помощи плановым объемам, медицинская организация вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи. ТФОМС Югры вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации.

5) Ежемесячный мониторинг исполнения ТП ОМС учитывает:

- исполнение объёмов медицинской помощи, учитывается снижение плановых объёмов медицинской помощи конкретной медицинской организации на объёмы медицинской помощи, отклоненные по результатам проведенного страховыми медицинскими организациями контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС;

- исполнение объёмов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств, учитывается снижение плановых объёмов финансирования

медицинской помощи конкретной медицинской организации на размер средств, направленных страховыми медицинскими организациями на формирование собственных средств по результатам проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС (договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования между СМО и ТФОМС Югры);

– исполнение объемов медицинской помощи, которые включают только те случаи оказания медицинской помощи, которые оплачены страховой медицинской организацией полностью или частично (неполная оплата).

6) На основе ежемесячного мониторинга исполнения ТП ОМС и сравнительного анализа расчетного объема финансирования посредством подушевого способа оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, ТФОМС Югры вправе представить на рассмотрение Комиссии обоснованные предложения по корректировке годового планового объема предоставления и объема финансирования медицинской помощи конкретной медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

7) Просроченная кредиторская задолженность медицинских организаций, проведение текущего ремонта не является основанием для корректировки и перераспределения плановых объемов медицинской помощи и соответствующих финансовых средств между медицинскими организациями, установленных решением Комиссии для медицинской организации на год. В случае невыполнения медицинской организацией объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, возмещение расходов на выплату заработной платы и расходов по другим статьям, включенных в территориальные нормативы финансовых затрат, на невыполненный объем медицинской помощи не является обязательством системы ОМС.

8) Не устанавливаются решением Комиссии и не учитываются в ТП ОМС объемы предоставления и объемы финансирования медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

9) Компенсация затрат медицинских организаций на предоставление медицинской помощи застрахованному лицу в связи с причинением вреда здоровью вследствие тяжелого несчастного случая на производстве осуществляется из средств Фонда социального страхования Российской Федерации и не входит в ТП ОМС.

10) Условия перераспределения плановых объемов медицинской помощи в текущем году:

– оптимизация, направленная на повышение эффективности административного хозяйствования медицинской организации (изменения в штатном расписании, организационной структуре, оптимизация расходов медицинской организации);

– перепрофилирование коечного фонда, сокращение или увеличение коечного фонда медицинской организации;

– изменение юридического статуса медицинской организации;

– обоснованное неисполнение или перевыполнение плановых объемов медицинской помощи, установленных Комиссией, на основании проведенного мониторинга исполнения ТП ОМС.

11) ТФОМС Югры оставляет за собой право инициировать изменение финансового обеспечения ТП ОМС в рамках базовой программы за счет:

- корректировки расходов на обеспечение деятельности ТФОМС Югры;
- суммы фактических средств на ведение дела, направленных страховым медицинским организациям;
- прочих поступлений, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Раздел II. Способы оплаты медицинской помощи

Оплата медицинской помощи в сфере ОМС автономного округа производится следующими способами:

1) При оплате первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами автономного округа, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепленных лиц);

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с особенностями формирования реестров, приведен в **приложении 32** к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате первичной медико-санитарной, оказываемой в амбулаторных условиях, приведена в **приложении 6** к настоящему Тарифному соглашению.

2) При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

– за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях с особенностями формирования реестров, приведен в **приложении 34** к настоящему Тарифному соглашению.

3) При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров счетов, приведен в **приложении 33** к настоящему Тарифному соглашению.

4) При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- лицам, застрахованным в автономном округе, по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведен в **приложении 35** к настоящему Тарифному соглашению.

Методика расчета подушевого норматива финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) приведена в **приложении 13** к настоящему Тарифному соглашению.

Порядок применения способов оплаты высокотехнологичной медицинской помощи приведен в **приложении 36** к настоящему Тарифному соглашению.

Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи приведены в **приложении 38** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

Часть 1. Тарифы в системе обязательного медицинского страхования

1) Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются исходя из объёма бюджетных ассигнований на реализацию ТП ОМС, установленного законом о бюджете ТФОМС Югры.

2) Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются едиными для всех страховых медицинских организаций, находящихся на территории автономного округа, оплачивающих медицинскую помощь в рамках ТП ОМС.

3) Тарифы на оплату медицинской помощи формируются по видам и условиям оказания медицинской помощи, определённым ТП ОМС и рассчитываются в соответствии с методикой расчёта тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной Правилами ОМС, с учётом порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи и включают в себя статьи затрат, установленные ТП ОМС.

4) Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках ОМС включают экономически обоснованные и документально подтвержденные затраты медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по ТП ОМС и обеспечением уставной деятельности медицинской организации (за исключением затрат, связанных с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов медицинских организаций, деятельность которых не финансируется за счёт средств обязательного медицинского страхования) по видам расходов согласно **приложения 37** к настоящему Тарифному соглашению.

Часть 2. Тарифы на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной в амбулаторных условиях

1) Возмещение расходов медицинской организации на оказание первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях осуществляется по следующим группам тарифов:

- по тарифам подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, (амбулаторный подушевой норматив финансирования);
- по тарифам посещений с профилактической целью при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам посещений при оказании неотложной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам посещений по поводу заболевания при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам групп диагностических медицинских услуг при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях;
- по тарифам медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине при оказании первичной медико-санитарной 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;

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо, в амбулаторных условиях составляет 9 504,45 руб.

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 434,28 рублей в месяц.

Стоимость 1 УЕТ в стоматологии составляет 176,54 рубля.

2) Расчёт численности прикрепленного застрахованного населения автономного округа, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, в разрезе страховых медицинских организаций и медицинских организаций осуществляется на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц, передаваемых медицинской организацией в соответствии с Порядком взаимодействия при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (определённым частью 1 раздела V настоящего Тарифного соглашения).

3) На основе численности прикрепленного застрахованного населения, получающего первичную медико-санитарную помощь (в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь) в медицинской организации, ТФОМС Югры рассчитывает величину подушевого норматива финансирования на осуществление деятельности медицинской организации в расчёте на одного прикрепленного застрахованного лица к медицинской организации в месяц.

4) Тарифы подушевых нормативов финансирования первичной медико-санитарной медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рассчитываются ежемесячно и выносятся на согласование представителям сторон.

5) Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, определена **приложением 6** к настоящему Тарифному соглашению.

6) Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях, установлены **приложением 7** к настоящему Тарифному соглашению.

7) Тарифы проведения I этапа диспансеризации, профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних дифференцированы по полу и

возрасту и установлены **приложениями 8-11** к настоящему Тарифному соглашению.

8) Группы тарифов, перечисленные в пункте 1 части 2 раздела III настоящего Тарифного соглашения (за исключением тарифов амбулаторного подушевого норматива финансирования) применяются:

- для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

- для оплаты случаев оказания медицинской помощи в приёмных отделениях стационара, не завершившихся госпитализацией;

- для оплаты случаев оказания медицинской помощи, при которых не применяется подушевой способ финансирования медицинской организации;

- для формирования реестров счетов за оказанную медицинскую помощь прикрепленным застрахованным лицам при подушевом способе финансирования медицинской организации.

9) В тариф посещения (с профилактической целью, по неотложной помощи, по заболеванию) включена средняя расчётная стоимость осмотра (консультации) врачом-специалистом или осмотра фельдшером (акушером), врачебных манипуляций (операций), медицинских услуг, оказанных средним медицинским работником, в том числе в процедурных и перевязочных кабинетах и на дому, оформления направлений для выполнения (назначения) лабораторных и других методов исследования, выписки рецептов, оформления санаторно-курортных карт, справок для получения санаторно-курортных путевок.

10) В тариф посещения Центра здоровья включена средняя расчётная стоимость комплекса медицинских услуг, установленного федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

11) В тарифы групп диагностических медицинских услуг и медицинских услуг по медицинской реабилитации/восстановительной медицине включена средняя расчётная стоимость медицинских услуг, соответствующих наименованию тарифа.

12) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях отражены в **приложении 31** к настоящему Тарифному соглашению.

13) Интегрированный коэффициент дифференциации на оплату медицинской помощи по группам медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц отражен в **приложении 43** к настоящему Тарифному соглашению.

Часть 3. Тарифы на оплату специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов

1) Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо:

- в дневных стационарах составляет 2 480,02 руб.;

– в стационарах составляет 10 583,99 руб.

Средний размер стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка):

– в условиях дневных стационаров составляет 21 134,02 руб.;

– в условиях круглосуточных стационаров составляет 42 679,21 руб.

Возмещение расходов МО на оказание медицинской помощи в условиях стационаров круглосуточного пребывания и в условиях дневных стационаров всех типов (стационарах дневного пребывания, дневных стационарах, стационарах на дому, центрах амбулаторной хирургии), осуществляется согласно перечню клинико-статистических групп, коэффициентов относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях (**приложения 14 - 15** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение, которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС (**приложение 12** к настоящему Тарифному соглашению), по тарифам оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара при проведении диализа (**приложение 24** к настоящему Тарифному соглашению).

2) В тариф КСГ для стационара и дневного стационара включена средняя расчётная стоимость всего комплекса медицинских услуг, оказываемых пациенту по данному заболеванию, включая реанимационные, анестезиологические, оперативные пособия, лечебные манипуляции, диагностические исследования, медицинские услуги параклинических подразделений, а также лечебно-диагностические услуги при выявлении и лечении сопутствующей патологии, требующей коррекции в период стационарного лечения или лечения в дневном стационаре.

3) Тариф КСГ для стационара и дневного стационара зависит от методов лечения:

– при оказании медицинской помощи пациенту с хирургическим вмешательством, оплата осуществляется по тарифу КСГ, предусматривающей применение оперативных методов лечения;

– при оказании медицинской помощи пациенту без хирургического вмешательства, оплата осуществляется по тарифу КСГ, предусматривающей консервативные методы лечения.

4) При изменении тарифа в период лечения пациента по всем видам помощи, оплата производится по тарифам, утвержденным Тарифным соглашением на дату завершения случая оказания медицинской помощи пациенту.

Часть 4. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации)

1) Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации ТП ОМС в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 1 455,97 руб. (в год).

Базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи составляет 121,13 рублей в месяц.

2) Возмещение расходов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по следующим группам тарифов:

- по тарифам подушевого финансирования скорой медицинской помощи (подушевой норматив финансирования СМП);

- по тарифам оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

- по тарифам на медицинские услуги при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации в случае проведения тромболизиса.

3) Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи определена **приложением 13** к настоящему Тарифному соглашению.

4) Тарифы подушевого финансирования скорой медицинской помощи формируются ежемесячно ТФОМС Югры, исходя из объёма финансирования медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь, рассчитанного на одну единицу обслуживаемого медицинской организацией населения. Тарифы подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, выносятся на согласование представителям сторон.

5) Тарифы оплаты одного вызова скорой медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа, установлены **приложением 25** к настоящему Тарифному соглашению и применяются для оплаты случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

6) Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи отражены в **приложении 31** к настоящему Тарифному соглашению.

7) Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи и предельный размер финансового обеспечения медицинских организаций отражены в **приложении 16** к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел IV. Размер неоплаты и неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества

1) ТФОМС Югры и СМО в соответствии с пунктом 8 части 7 статьи 34 Федерального закона осуществляют контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования.

2) Порядок контроля и Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) за нарушения, выявленные ТФОМС Югры или СМО при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями в рамках программ обязательного медицинского страхования, установлены приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию».

3) Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, размер штрафа, применяемого к медицинской организации за неказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, определены настоящим Тарифным соглашением в соответствии с Правилами обязательного медицинского страхования» и являются едиными для всех медицинских организаций, участвующих в реализации программ обязательного медицинского страхования на территории автономного округа (приложение 26 к настоящему Тарифному соглашению).

Раздел V. Заключительные положения

Часть 1. Порядок взаимодействия при осуществлении прикрепления лиц, застрахованных на территории автономного округа

1) Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по территориально-участковому принципу, в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации, осуществляют прикрепление застрахованных лиц, руководствуясь порядком, утверждённым Приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

2) Прикреплению подлежат лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию на территории автономного округа.

3) Прикрепление осуществляется в заявительном порядке на основе волеизъявления застрахованного лица.

4) Заявление о прикреплении к медицинской организации подается по рекомендуемой форме (приложение 27 к настоящему Тарифному соглашению) на имя руководителя медицинской организации.

Заявления о прикреплении к медицинской организации хранятся в медицинской организации не менее 5 лет с момента его подачи.

5) Информация о прикреплении застрахованного лица вносится в регистр прикреплённых лиц в соответствии с Положением об информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры, утвержденного приказом ТФОМС Югры.

6) В случаях внесения в регистр прикрепленных лиц недействительной информации, а равно внесение информации в нарушение действующих нормативных правовых актов, ТФОМС Югры вправе вносить в регистр прикрепленных лиц соответствующую корректировку.

Часть 2. Порядок взаимодействия и финансовых расчётов участников обязательного медицинского страхования

1) ТФОМС Югры в соответствии с общими принципами построения и функционирования информационных систем и порядком информационного взаимодействия, определёнными Федеральным фондом ОМС, порядком ведения персонифицированного учёта в сфере ОМС, установленным Минздравсоцразвития России, организует информационное взаимодействие участников обязательного медицинского страхования.

2) Вся информация о застрахованных и прикрепленных лицах, оказанной медицинской помощи, результатах проведенного контроля объёма, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и оплаченных счетах передается в едином формате данных, в сроки и в порядке, установленные настоящим Тарифным соглашением.

3) Медицинская организация:

- ведёт персонифицированный учёт сведений об оказанной медицинской помощи;

- ведёт персонифицированный учёт сведений о прикреплении граждан к МО;

- ведет персонифицированный учет сведений о прикреплении граждан к медицинскому работнику, выбранному застрахованным лицом в соответствии с законодательством Российской Федерации для получения первичной медико-санитарной помощи;

- предоставляет информацию по запросу иных МО, сведения об оказанной медицинской помощи, включая диагностические, лабораторные и иные исследования;

- формирует реестр медицинской помощи, оказанной в рамках ТП ОМС, в том числе помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами автономного округа;

- при идентификации граждан и формировании реестра медицинской помощи руководствуется региональным сегментом единого регистра застрахованных лиц и полисом ОМС;

- в течение 1,2,3-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, представляет в ТФОМС Югры для проведения ФЛК реестр медицинской помощи, оказанной за отчетный период;

- в срок не позднее 5-го рабочего дня месяца, следующего за отчетным, направляет в СМО счёт на оплату медицинской помощи, сформированный в соответствии с правилами формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках территориальной программы ОМС (приложение 28 к настоящему Тарифному соглашению).

При наличии отклоненных от оплаты случаев в реестре медицинской помощи по результатам проведенного страховой медицинской организацией медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в ТФОМС Югры для проведения ФЛК отклоненные ранее от оплаты реестры медицинской помощи в сроки, установленные настоящим Тарифным соглашением, в следующем отчетном периоде (согласно пункта 128 Правил обязательного медицинского страхования).

Оплата доработанных случаев медицинской помощи осуществляется по тарифам, утвержденным на дату представления доработанных реестров оказания медицинской помощи.

В случае, если гражданин сменил в течение периода лечения страховую медицинскую организацию, оплату производит СМО, в которой пациент был застрахован на дату окончания лечения. В случае если пациент не был застрахован на дату начала лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

4) Страховая медицинская организация:

- ведёт персонифицированный учёт сведений о застрахованных лицах, оказанной им медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Обеспечивает соответствие персонифицированной информации об оплаченной медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, данным бухгалтерского учёта;

- при проведении МЭК реестра медицинской помощи осуществляет контроль объёмов предоставления и объёмов финансирования медицинской помощи в разрезе условий оказания медицинской помощи, в соответствии с решением Комиссии, за исключением объёмов медицинской помощи и соответствующих им финансовых средств, установленных для межтерриториальных расчетов за помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами автономного округа;

- в случае превышения фактических объёмов предоставления или объёмов финансирования медицинской помощи над плановыми объёмами предоставления или объёмами финансирования медицинской помощи, определёнными Комиссией на год для конкретной медицинской организации, СМО производит удержание стоимости оказанной медицинской помощи, начиная со случаев оказания медицинской помощи неприкреплённому населению с более поздней датой окончания лечения по основанию, предусмотренному пунктом Перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) – «Предъявление к оплате случаев оказания медицинской помощи сверх распределенного объёма предоставления медицинской помощи, установленного решением комиссии по разработке территориальной программы». Превышение устанавливается после учёта результатов всех видов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, проведенного как за отчетный, так и за предыдущие периоды, в том числе за предыдущие кварталы. Для установления превышения суммарные фактические объёмы предоставления и объёмы финансирования медицинской помощи с начала года сравниваются с суммарными плановыми объёмами предоставления и объёмами финансирования

медицинской помощи с начала года. Удержание осуществляется со счёта за текущий отчетный период;

- не позднее **12 числа** отчетного месяца направляет в ТФОМС Югры (в электронном виде) информацию о случаях оказания медицинской помощи, подлежащих оплате по результатам МЭК за отчетный период, и МЭЭ и ЭКМП за предыдущие отчетные периоды;

- не позднее **15 числа** отчетного месяца направляет в ТФОМС Югры (на бумажном носителе) «Протокол результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО» согласно **Таблицы 1 приложения 30** и «Отчет о результатах финансовых расчетов за оказанную медицинскую помощь» по форме **приложения 29** к настоящему Тарифному соглашению. Суммы предъявленных МО счетов, суммы неоплаты (уменьшения оплаты) и суммы штрафов за нарушения (дефекты), выявленные при проведении СМО контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, в реестре оказанной медицинской помощи и в отчете должны совпадать;

- не позднее 3-го рабочего дня месяца, следующего за месяцем оплаты медицинской помощи за отчетный период, направляет в медицинские организации информацию об оплаченных случаях медицинской помощи, результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи и оплаченных счетах. Информация предоставляется в виде электронных файлов в едином формате данных. Информация о суммах оплаченных счетов, суммах неоплаты (уменьшения оплаты) и суммах штрафов за нарушения (дефекты), выявленные при проведении СМО контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в конкретной МО, направленная в ТФОМС Югры, должна совпадать с соответствующей информацией, направленной в МО.

5) ТФОМС Югры:

- ведет региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц, содержащий, в том числе, информацию о прикреплении граждан к МО, и предоставляет возможность защищенного доступа СМО и МО к регистру застрахованных лиц в режиме реального времени;

- в течение 1,2,3-го рабочих дней каждого месяца проводит ФЛК файлов-реестров медицинской помощи, представленных МО. В течение двух рабочих дней, после завершения ФЛК, размещает на информационном портале ТФОМС Югры результаты ФЛК;

- проводит ФЛК файлов-реестров результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО. В течение одного рабочего дня, после завершения ФЛК, размещает на информационном портале ТФОМС Югры результаты ФЛК в виде протокола (**приложение 30** к настоящему Тарифному соглашению). ТФОМС Югры формирует Протокол приёма данных от СМО в целях учёта результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО. Формирование протокола происходит в соответствии с принятыми от СМО данными по форме **Таблицы 1 приложения 30** к настоящему Тарифному соглашению, с нарастающим итогом, с начала года за текущий отчетный год и за последний предыдущий год, с периодичностью один раз в месяц не позднее 12 числа отчетного месяца. Для детализации протокола на закрытом портале ТФОМС

Югры размещается отчёт об оплате счетов в электронном виде (таблица 2 к приложению 30);

-осуществляет контроль объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оказанной в МО лицам, застрахованным за пределами автономного округа.

Часть 3. Процедура признания Тарифного соглашения действующим, срок действия Тарифного соглашения, порядок его изменения и индексации тарифов

1) Тарифное соглашение считается действующим при условии подписания его представителями всех сторон, включенных в состав Комиссии, в том числе подписания с приложением оформленных в письменной форме возражений одной из сторон по тем или иным вопросам.

2) Тарифное соглашение, принятое представителями сторон, является обязательным для всех участников обязательного медицинского страхования на территории автономного округа.

3) Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01 января 2019 года, действует до 31 декабря 2019 года включительно, и применяется при расчётах за случаи оказания медицинской помощи, завершённые после 01 января 2019 года, в том числе начатые ранее.

4) Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2019 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

5) Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по предложениям участников системы обязательного медицинского страхования. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания сторонами.

6) В случае возникновения споров по настоящему Тарифному соглашению участники системы обязательного медицинского страхования принимают все меры для их разрешения в установленном законодательством порядке.

7) Настоящее Тарифное соглашение и приложения к нему составлены в одном экземпляре, который хранится в ТФОМС Югры.

8) ТФОМС Югры доводит настоящее Тарифное соглашение до сведения всех участников системы обязательного медицинского страхования автономного округа, сторон и членов Комиссии путем размещения на собственном сайте в сети «Интернет».

9) Все приложения являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Часть 4. Список приложений к Тарифному соглашению

– Приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих и не имеющих прикрепившихся лиц»;

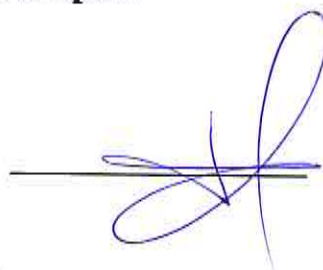
- Приложение 2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в разрезе структурных подразделений и уровней оказания медицинской помощи»;
- Приложение 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций»;
- Приложение 4 «Перечень медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по уровням оплаты медицинской помощи»;
- Приложение 5 «Порядок предоставления ежемесячных денежных выплат»;
- Приложение 6 «Методика расчёта стоимости тарифа подушевых нормативов финансирования при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;
- Приложение 7 «Тарифы оплаты медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;
- Приложение 8 «Тарифы проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения, I этап»;
- Приложение 9 «Тарифы проведения диспансеризации, пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, I этап»;
- Приложение 10 «Тарифы 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»;
- Приложение 11 «Тарифы профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних (законченный случай I этапа профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего)»;
- Приложение 12 «Тарифы по видам и методам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется в рамках территориальной программы ОМС»;
- Приложение 13 «Методика расчёта подушевого финансирования скорой медицинской помощи и тарифа за вызов скорой медицинской помощи»;
- Приложение 14 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратноёмкости, управленческих коэффициентов и размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара на 2019 год»;
- Приложение 15 «Перечень клинико-статистических групп заболеваний, коэффициентов относительной затратноёмкости, управленческих коэффициентов и размера оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях на 2019 год»;
- Приложение 16 «Дифференцированные коэффициенты для подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи»;
- Приложение 17 «Перечень случаев оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров для которых установлен КСЛП»;

- Приложение 18 «Группы заболеваний, случаи госпитализаций по которым считаются сверхдлительными, при сроке пребывания в стационаре более 45 дней»;
- Приложение 19 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по инструментальным методам диагностики и медицинских услуг»;
- Приложение 20 «Таблица соответствия групп диагностических услуг (ГДУ) по лабораторным методам диагностики и медицинских услуг»;
- Приложение 21 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС в 2019 году»;
- Приложение 22 «Установленные коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара в разрезе уровней структурных подразделений медицинских организаций, участвующих в реализации ТП ОМС в 2019 году»;
- Приложение 23 «Инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев»;
- Приложение 24 «Тарифы на медицинские услуги при проведении диализа»;
- Приложение 25 «Тарифы оплаты скорой медицинской помощи гражданам, застрахованным в системе ОМС»;
- Приложение 26 «Размеры неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества с перечнем оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи)»;
- Приложение 27 «Форма заявления застрахованного лица о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи» (рекомендуемый образец);
- Приложение 28 «Правила формирования счетов за медицинскую помощь, оказанную в рамках ТП ОМС»;
- Приложение 29 «Отчет о результатах финансовых расчетов за оказанную медицинскую помощь»;
- Приложение 30 «Протокол результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи, оплаченных СМО»;
- Приложение 31 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и скорой медицинской помощи»;
- Приложение 32 «Порядок применения способов оплаты первичной медико-санитарной помощи (в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи) с особенностями формирования реестров»;
- Приложение 33 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара с особенностями формирования реестров»;
- Приложение 34 «Порядок применения способов оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной в условиях стационара с особенностями формирования реестров»;

- Приложение 35 «Порядок применения способов оплаты скорой медицинской помощи»;
- Приложение 36 «Порядок применения способы оплаты высокотехнологичной медицинской помощи»;
- Приложение 37 «Виды расходов, оплачиваемые за счет средств ОМС»;
- Приложение 38 «Особенности раздельного учета и контроля объемов предоставления медицинской помощи»;
- Приложение 39 «Перечень клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;
- Приложение 40 «Классификатор основных медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в условных единицах трудоемкости (УЕТ)»;
- Приложение 41 «Состав клинико-статистических групп в стоматологии для взрослого и детского населения»;
- Приложение 42 «Простые и сложные медицинские услуги в стоматологии, не входящие в состав КСГ, и условия их применения»;
- Приложение 43 «Дифференцированные коэффициенты подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях».

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 Ханты-Мансийского филиала
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

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



И.Ю. Кузнецова

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



А.В. Кичигин

Председатель окружной организации
профсоюза работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова