

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**  
**в системе обязательного медицинского страхования**  
**Ямало-Ненецкого автономного округа**

г. Салехард

12 февраля 2021 года

**I. Общие положения**

1. Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Тарифное соглашение) разработано в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (далее – Правила ОМС), Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 (далее – Программа государственных гарантий), Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов, утвержденной постановлением Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 28 декабря 2020 года № 1549-П (далее – территориальная программа государственных гарантий), Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28 февраля 2019 года № 36 (далее – Порядок проведения контроля), Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, установленными приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 29 декабря 2020 года № 1397н, Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленными совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 30 декабря 2020 года № 11-7/и/2-20691, № 00-10-26-2-04/11-51(далее – Методические рекомендации), на основании постановления Правительства Ямало-Ненецкого автономного округа от 13 октября 2011 года № 743-П «О комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа».

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление:

порядка и способов оплаты медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями в сфере обязательного медицинского страхования, применяемых в Ямало-Ненецком автономном округе;

размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи, входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования (далее – территориальная программа ОМС) и порядка их применения;

размеров неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

3. Настоящее Тарифное соглашение заключено между представителями Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Комиссия):

- председателем Комиссии;
- департаментом здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Департамент здравоохранения);
- территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – Фонд);
- страховыми медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – СМО);
- медицинскими организациями, функционирующими в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа (далее – МО);
- окружной общественной организацией «Ямальское общество врачей»;
- профсоюзом работников здравоохранения Российской Федерации.

4. В рамках настоящего Тарифного соглашения используются следующие определения:

Плановое задание – плановый годовой объем медицинской помощи, предоставляемый медицинской организацией в рамках территориальной программы ОМС, и годовой объем финансового обеспечения, распределенные решением Комиссии по условиям оказания медицинской помощи, по кварталам и страховым медицинским организациям.

Законченный случай лечения в стационарных условиях (условиях дневного стационара) – случай оказания медицинской помощи, включающий совокупность медицинских услуг, предоставленных пациенту в условиях стационара (дневного стационара) в виде диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг от момента поступления до момента выписки пациента, подтвержденный первичной медицинской документацией.

Прерванный случай оказания медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара – случай оказания медицинской помощи без достижения клинического результата по причине перевода 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. К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

Клинико-статистическая группа заболеваний (далее - 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).

Коэффициент дифференциации - коэффициент, учитывающий применение на территории Ямало-Ненецкого автономного округа районного коэффициента и процентной надбавки к заработной плате за стаж работы в районах Крайнего Севера и коэффициента ценовой дифференциации бюджетных услуг.

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 (средняя стоимость законченного случая лечения).

Коэффициент относительной затратоемкости – коэффициент, устанавливаемый для каждой клинико-статистической группы заболеваний на федеральном уровне, отражающий отношение стоимости конкретной клинико-статистической группы заболеваний к среднему объему финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента (базовой ставке).

Коэффициент уровня медицинской организации - коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов медицинских организаций в зависимости от уровня медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

Коэффициент подуровня медицинской организации - коэффициент, учитывающий различия в размерах расходов медицинских организаций одного уровня, обусловленный объективными причинами.

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

Прикрепившиеся лица – застрахованные лица, реализовавшие право выбора медицинской организации для оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Обслуживаемые лица – застрахованные лица, обслуживаемые по месту жительства либо месту страхования медицинской организацией, оказывающей скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, и включенные Фондом в реестр застрахованных лиц.

Обращение по поводу заболевания - законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений), включающий лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар.

Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС – система ставок, определяющих размер оплаты за единицу объема медицинской помощи (законченный случай лечения, посещение, медицинская услуга, вызов), уровень возмещения и состав компенсируемых расходов медицинских организаций по оказанию медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС.

5. Для медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Ямало-Ненецкого автономного округа, оказывающих медицинскую помощь в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности в другом субъекте Российской Федерации, применяются тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, действующие в субъекте Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи.

6. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях лицам, застрахованным в Ямало-Ненецком автономном округе, осуществляется СМО в

соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном территориальной программой ОМС.

7. Оплата медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации (далее – межтерриториальные расчеты), осуществляется Фондом за счет средств нормированного страхового запаса в соответствии с настоящим Тарифным соглашением в объеме, установленном базовой программой ОМС.

8. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО в пределах плановых объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных медицинским организациям Комиссией по условиям оказания медицинской помощи в расчете на квартал, полугодие, 9 месяцев, год.

Оплата объемов медицинской помощи медицинским организациям, сверх утвержденных Комиссией на соответствующий период, осуществляется СМО по решению Комиссии, принятому в связи с обоснованным обращением медицинской организации, направленным в соответствии с п. 151 Правил ОМС.

9. При необходимости Комиссией (рабочей группой, созданной из членов Комиссии) производится обоснованная корректировка объемов медицинской помощи.

Предложения по внесению изменений в плановое задание рассматриваются Комиссией (рабочей группой) не реже одного раза в квартал.

10. Оплата медицинской помощи осуществляется СМО (Фондом) на основании предъявленных медицинской организацией счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестры) по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

11. Оплата медицинской помощи производится СМО в соответствии с условиями договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

СМО оплачивает реестры из целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных от Фонда по заявке. При недостатке у СМО целевых средств на оплату медицинской помощи, полученных по заявкам, средства предоставляются из нормированного страхового запаса Фонда в соответствии с порядком, установленным Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

При недостатке средств нормированного страхового запаса СМО осуществляет оплату медицинской помощи по медицинским организациям пропорционально объему средств, поступивших из нормированного страхового запаса Фонда.

12. В случае прекращения действия договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС СМО оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам, лечение которых было начато в период действия договора.

В случае если гражданин сменил СМО в течение периода лечения, оплату производит СМО, застраховавшая гражданина на дату окончания лечения.

## **II. Способы оплаты медицинской помощи, применяемые в Ямало-Ненецком автономном округе**

### **13. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях**

13.1 Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется следующими способами:

по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-

резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии);

по нормативу финансирования структурного подразделения.

13.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи) установлен в приложении 1 к настоящему Тарифному соглашению.

13.3. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) установлен в приложении 2 к настоящему Тарифному соглашению.

13.4. Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения с указанием соответствующего годового и ежемесячного размера финансового обеспечения, информации о их соответствии/несоответствии требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным

Министерством здравоохранения Российской Федерации, установлены в приложении 3 к настоящему Тарифному соглашению.

Базовый норматив финансовых затрат на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов при условии их соответствия требованиям положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, составляет:

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий до 100 жителей – 2 609,0 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 3 274,1 тыс. рублей;

фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 5 187,0 тыс. рублей.

Для фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, не соответствующих требованиям, установленным положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации, в зависимости от укомплектованности персоналом применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи к установленному базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинских организаций.

Размеры коэффициентов специфики оказания медицинской помощи:

Укомплектованность ниже норматива	Фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, обслуживающие		
	до 100 жителей	от 100 до 900 жителей	от 900 до 1 500 жителей
на 0,25 штатных единиц	0,851	0,881	0,925
на 0,5 штатных единиц	0,702	0,763	0,850
на 0,75 штатных единиц	0,553	0,644	0,775
на 1 штатную единицу	0,404	0,525	0,700
на 1,25 штатные единицы	0,255	0,406	0,625
на 1,5 штатные единицы	0,100	0,100	0,550
на 1,75 штатные единицы			0,475
на 2 штатные единицы			0,400
на 2,25 штатные единицы			0,326
на 2,5 штатные единицы			0,251
на 2,75 штатные единицы			0,176

на 3 штатные единицы			0,100
----------------------	--	--	-------

13.5. Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала установлен в приложении 4 к настоящему Тарифному соглашению.

13.6. Базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, определяется на основании объема финансового обеспечения, предусмотренного территориальной программой ОМС и численности застрахованных лиц.

В расчет базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц включаются расходы на финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (включая первичную доврачебную, первичную врачебную и первичную специализированную), оказываемой в амбулаторных условиях в плановом порядке, в том числе:

а) с профилактической и иными целями, в том числе:

комплекс мероприятий по проведению диспансеризации и медицинских осмотров определенных групп населения, порядки которых установлены нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Российской Федерации, в том числе, осуществляемые мобильными медицинскими бригадами;

посещения для проведения диспансерного наблюдения граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

разовые посещения в связи с заболеваниями;

посещения центров здоровья;

посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием;

посещения центров амбулаторной онкологической помощи;

осмотров перед проведением профилактических прививок;

медицинского освидетельствования лиц, желающих усыновить (удочерить), взять под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

посещения в связи выдачей справок и иных медицинских документов и другими причинами;

б) обращений в связи с заболеваниями, в том числе:

тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

медицинская помощь с применением телемедицинских технологий (дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой: телемедицинское консультирование врачом-специалистом; телемедицинское консультирование консилиумом врачей по профилю медицинской помощи «онкология»).

13.7. В расчет базового подушевого норматива финансирования на

прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение:

посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

13.8. Базовый подушевой норматив финансирования, коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива, фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях установлены настоящим Тарифным соглашением.

Коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива для медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитывают различия в затратах на оказание медицинской помощи по полу и возрасту, различия на содержание медицинских организаций и оплату труда, исходя из расположения и отдаленности обслуживаемых медицинской организацией территорий, а также учитывают достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения Ямало-Ненецкого автономного округа, установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

13.9. Дифференцированные подушевые нормативы определяются в соответствии с Методикой расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, являющейся приложением 8 к настоящему Тарифному соглашению.

13.10. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности, установлен в приложении 27 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования амбулаторно-поликлинической помощи и критерии их оценки установлены в приложении 40 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства приведен в приложении 41 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, внедряющей новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства и критерии их оценки установлены в приложении 42 к настоящему Тарифному соглашению.

13.11. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.



13.12. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, включается в размер подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц и осуществляется с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи в соответствии с объемом медицинских исследований, установленным приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.03.2019 № 124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», от 10.08.2017 № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних», от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», 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»), и с учетом целевых показателей охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» национального проекта «Здравоохранение».

13.13. Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации считаются выполненными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, при этом обязательным для всех граждан является проведение анкетирования и прием (осмотр) врачом по медицинской профилактике отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья или фельдшером, а также проведение маммографии, исследование кала на скрытую кровь иммунохимическим качественным или количественным методом, осмотр фельдшером (акушеркой) или врачом акушером-гинекологом, взятие мазка с шейки матки, цитологическое исследование мазка с шейки матки, определение простат-специфического антигена в крови.

Ограничения по объемам медицинской помощи в рамках проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определенных групп населения не устанавливаются.

13.14. Оплата медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), осуществляется в следующих случаях:

- при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

- при оказании медицинской помощи в неотложной форме;

- при оказании отдельных диагностических (лабораторных) исследований: компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;

- при оказании стоматологической медицинской помощи, в том числе в неотложной форме;

- при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации.

13.15. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, за единицу объема медицинской помощи осуществляется за фактическое количество медицинских услуг, посещений, обращений (законченных случаев), установленных настоящим Тарифным соглашением в пределах объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

13.16. Оплата медицинской помощи, оказанной мобильными медицинскими бригадами, осуществляется по утвержденным тарифам на посещения, обращения и медицинские услуги с применением повышающего коэффициента в размере 1,2.

13.17. Оплата случаев оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров, не завершившихся госпитализацией пациента, осуществляется как посещение в неотложной форме к врачам соответствующих специальностей по тарифам, утвержденным настоящим Тарифным соглашением.

13.18. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях устанавливаются на посещение с иными целями, на посещение в неотложной форме, на обращение по поводу заболевания, на отдельные медицинские услуги, на комплексное посещение при проведении диспансеризации, на комплексное посещение при проведении профилактического медицинского осмотра, на исследования компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, на условную единицу трудоемкости по стоматологической медицинской помощи.

При проведении профилактических медицинских осмотров и диспансеризации мобильными медицинскими бригадами или проведении указанных мероприятий в выходные дни к тарифам на 1 комплексное посещение по профилактическим медицинским осмотрам и на 1 комплексное посещение по диспансеризации применяется коэффициент 1,2.

13.19. Медицинская помощь с применением телемедицинских технологий в реестрах оказанной медицинской помощи предъявляется к оплате по тарифам за услугу, установленным в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению, с кодами медицинской услуги «A23.30.099.005 Телемедицинское консультирование врачом-специалистом» и/или «A23.30.099.007 Телемедицинское консультирование консилиумом врачей по профилю медицинской помощи «онкология».

13.20. Тарифы на медицинскую помощь в амбулаторных условиях предусматривают компенсацию затрат как на посещение (обращение) специалиста определенного профиля, так и распределенные по профильным посещениям расходы на проведение лечебных манипуляций, медицинских услуг вспомогательной и лечебно-диагностической службы, за исключением исследований, на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

13.21. Случаи оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях выставляются к оплате по факту завершения оказания медицинской помощи (посещение, обращение (законченный случай), медицинскую услугу).

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре с результатом обращения -

«Лечение прервано по инициативе пациента».

Случаи лечения, прерванные по причине неявки пациента на прием в назначенную дату представляются к оплате в реестре отчетного периода, при этом датой завершения случая является дата последнего посещения (обращения), зарегистрированного в учетной документации.

В случае, если дата последнего посещения, зарегистрированного в учетной документации, относится к предыдущему отчетному периоду и находится в интервале последних 10 календарных дней месяца, предшествовавшего отчетному, то такой случай подается в реестрах отчетного месяца и оплачивается в соответствии с действующими тарифами.

13.22. При одновременном оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях по поводу различных заболеваний (состояний) врачами разных специальностей формируются два и более случая.

13.23. Назначение отдельных диагностических (лабораторных) исследований (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии), осуществляется лечащим врачом, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

13.24. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;

консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями;

работа комиссии при военкоматах;

повторное обращение пациента в течение одного дня к врачу одной специальности в одной и той же медицинской организации, за исключением случаев оказания неотложной медицинской помощи и медицинской помощи с применением телемедицинских технологий;

консультации амбулаторных пациентов врачами стационаров, не ведущими самостоятельного амбулаторного приема;

амбулаторные посещения в период пребывания пациента в стационаре (кроме дня поступления и выписки из стационара, телемедицинского консультирования);

медицинское освидетельствование граждан в целях определения годности к военной службе;

случаи оказания медицинской помощи (в том числе медицинские осмотры граждан), не входящие в территориальную программу ОМС и подлежащие оплате в соответствии с законодательством за счет других источников (средства бюджетов, средства работодателей, платные услуги и др.).

13.25. Законченный случай лечения в стоматологии – это обращение застрахованного лица, в которое может быть включено законченное лечение одного или нескольких зубов (сегментов челюсти), оформленное в одной первичной учетной документации. Оформление двух и более случаев на 1 посещение врача не допускается.

13.26. Оплата стоматологической помощи осуществляется за посещение с профилактической и иными целями, посещение в неотложной форме, обращение по поводу заболевания полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного

протезирования), в пределах объемов медицинской помощи и финансового обеспечения, установленных решением Комиссии.

Стоимость случая оказания стоматологической помощи в амбулаторных условиях формируется исходя из фактического объема оказанных медицинских услуг, выраженных в условных единицах трудоемкости (УЕТ) и установленных тарифов за 1 УЕТ.

13.27. Учет выполненных объемов в УЕТ осуществляется в соответствии со средним количеством УЕТ в одной медицинской услуге, применяемым для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, представленном в приложении 16 к настоящему Тарифному соглашению.

13.28. Не подлежат оплате за счет средств ОМС:

ортопедическая помощь населению;

ортодонтическая помощь взрослому населению;

ортодонтическая помощь детскому населению с использованием брекет-систем;

имплантология;

консультации, рентгенографическое обследование, лабораторные исследования и т.д., по направлениям медицинских организаций (частнопрактикующих врачей), не функционирующих в сфере ОМС.

13.29. Стоматологическая медицинская помощь, оказываемая пациентам, одновременно находящимся на амбулаторном лечении у врачей других специальностей или находящимся на лечении в условиях дневного стационара, предъявляется к оплате отдельно по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии.

Пациентам, находящимся на лечении в условиях стационара по основному заболеванию, стоматологическая медицинская помощь оказывается в неотложной форме и предъявляется к оплате отдельно в рамках амбулаторного лечения по утвержденным тарифам УЕТ в стоматологии с соответствующей записью в первичной медицинской документации.

#### **14. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях**

14.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, осуществляется следующими способами:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую клинико-статистическую группу 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;

за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу видов высокотехнологичной медицинской помощи.

14.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, установлен в приложении 5 к настоящему Тарифному соглашению.

14.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ, определяется по следующей формуле (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, порядок оплаты которых установлен пунктом п. 14.4. Тарифного соглашения) и округляется до целого числа:

$$СС_{КСГ} = НФЗ * КП * КЗ_{КСГ} * ПК * КД$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

КП - коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи;

КЗ<sub>КСГ</sub> – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,432)

Интегрированный поправочный коэффициент (ПК) для конкретного случая рассчитывается с учетом коэффициентов оплаты по следующей формуле:

$$ПК = КС_{КСГ} \times КУС_{мо} \times КСЛП, \text{ где}$$

КС<sub>КСГ</sub> – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен случай госпитализации (установлен для всех КСГ в размере 1,000);

КУС<sub>мо</sub> – коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в условиях стационара;

КСЛП – коэффициент сложности лечения пациента, применяемый к случаям оказания медицинской помощи.

14.4. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ по случаям госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях осуществляется по формуле:

$$СС_{КСГ} = БС * КЗ_{КСГ} * ((1 - Дзп) + Дзп * ПК * КД)$$

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях;

КЗ<sub>КСГ</sub> – коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, устанавливаемое на федеральном уровне Программой государственных гарантий, к которому применяется КД);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая;

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,432).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи пациентам старше 18 лет, проходящим лекарственную терапию злокачественных новообразований в составе тарифа КСГ составляет:

- лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей):

уровень 1 - 50,51%;

уровень 2 - 39,68%;

уровень 3 - 23,68%;

уровень 4 - 16,19%;  
 уровень 5 - 22,8%;  
 уровень 6 - 21,32%;  
 уровень 7 - 17,54%;  
 уровень 8 - 20,55%;  
 уровень 9 - 31,4%;  
 уровень 10 - 7,19%;  
 уровень 11 - 1,89%;  
 уровень 12 - 2,44%;  
 уровень 13 - 0,73%;

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые (уровень 1 - 3) - 71,77%;

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 34,55%;  
 уровень 2 - 46,64%;  
 уровень 3 - 53,9%;  
 уровень 4 - 13,18%;  
 уровень 5 - 22,12%;  
 уровень 6 - 28,24%.

14.5. В отдельных случаях к базовой ставке финансового обеспечения медицинской помощи применяется коэффициент сложности лечения пациента, учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи пациентам.

КСЛП устанавливается на основании объективных критериев, перечень которых определен в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, к которым не применяется КСЛП по определенным критериям (возраст пациента, сверхдлительная госпитализация), установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

14.6. При применении в рамках одного случая лечения более одного КСЛП, суммарное значение КСЛП определяется по следующей формуле:

$$\text{КСЛП}_{\text{сумм}} = \text{КСЛП}_1 + (\text{КСЛП}_2 - 1) + (\text{КСЛП}_n - 1)$$

Значение КСЛП по одному законченному случаю лечения суммарно не может превышать 1,8.

14.7. Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 90% от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за

исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

14.8. Оплата случаев госпитализации, для которых оптимальный срок лечения составляет 3 дня и менее, осуществляется в полном объеме и установлен в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

14.9. При переводе пациента с заболеванием, относящимся к одному классу МКБ-10 в пределах стационара из одного отделения в другое, оплата осуществляется в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

При переводе пациента в рамках одного случая лечения в пределах стационара из одного отделения в другое, оплата осуществляется по двум КСГ в случае:

- если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания;

- дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением (оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение»);

- пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при медицинской помощи по следующим диагнозам МКБ-10: O14.1, O34.2, O36.3, O36.4, O42.2;

- проведения медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

- проведения этапного хирургического лечения при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2));

- связанном с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- проведение реинфузии аутокрови, или баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания.

При этом если один из двух случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными Тарифным соглашением правилами. Указанные случаи подлежат обязательной медико-экономической экспертизе и, при необходимости, экспертизе качества медицинской помощи.

14.10. В тариф КСГ на оплату случаев госпитализации по профилю «акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в родильном или акушерском отделении медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления оплаты КСГ по профилю «неонатология».

14.11. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа. Базовые тарифы на оплату

услуг диализа, коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам, установлены в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

К тарифам на услуги диализа не применяются коэффициент уровня оказания медицинской помощи и коэффициент сложности лечения пациента.

14.12. Оплата случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в соответствии с разделом 1 приложения к Программе государственных гарантий.

14.13. Тарифы на высокотехнологичную медицинскую помощь рассчитаны с учетом применения коэффициента дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий.

Доля заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи составляет:

1 группа - 19%; 2 группа - 26%; 3 группа - 33%; 4 группа - 38%; 5 группа - 21%; 6 группа - 30%; 7 группа - 7%; 8 группа - 49%; 9 группа - 32%; 10 группа - 47%; 11 группа - 27%; 12 группа - 24%; 13 группа - 19%; 14 группа - 17%; 15 группа - 16%; 16 группа - 36%; 17 группа - 28%; 18 группа - 21%; 19 группа - 29%; 20 группа - 31%; 21 группа - 54%; 22 группа - 35%; 23 группа - 36%; 24 группа - 34%; 25 группа - 33%; 26 группа - 25%; 27 группа - 19%; 28 группа - 43%; 29 группа - 34%; 30 группа - 33%; 31 группа - 37%; 32 группа - 22%; 33 группа - 33%; 34 группа - 21%; 35 группа - 34%; 36 группа - 55%; 37 группа - 48%; 38 группа - 42%; 39 группа - 53%; 40 группа - 45%; 41 группа - 33%; 42 группа - 47%; 43 группа - 17%; 44 группа - 14%; 45 группа - 36%; 46 группа - 51%; 47 группа - 17%; 48 группа - 15%; 49 группа - 24%; 50 группа - 32%; 51 группа - 29%; 52 группа - 43%; 53 группа - 8%; 54 группа - 28%; 55 группа - 31%; 56 группа - 31%; 57 группа - 16%; 58 группа - 31%.

14.14. При направлении в медицинскую организацию с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, в том числе в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему тарифу КСГ.

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

14.15. При расчете фактической длительности госпитализации в стационарных условиях день поступления в стационар и день выписки из стационара считаются одним днем. Период лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии входит в фактическую длительность госпитализации.

В случае лечения, начавшегося и закончившегося в один и тот же день, фактическая длительность госпитализации учитывается как 1 день.

14.16. Время пребывания пациента в стационаре после окончания стационарного случая лечения (по социальным показаниям) за счет средств ОМС не оплачивается. Случай должен быть закончен лечением основного заболевания с соответствующей отметкой в первичной медицинской документации.



## **15. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов**

15.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, осуществляется:

за законченный случай лечения заболевания, включенного в клинико-статистическую группу 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.

15.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов, установлен в приложении 6 к настоящему Тарифному соглашению.

15.3. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (за исключением случаев госпитализаций взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, порядок оплаты которых установлен пунктом 15.5. Тарифного соглашения), определяется по следующей формуле и округляется до целого числа:

$$СС_{\text{КСГ}} = НФЗ * КП * КЗ_{\text{КСГ}} * ПК * КД$$

НФЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, рублей;

КП - коэффициент приведения при оплате медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КЗ<sub>КСГ</sub> – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая (принимается равным 1,000);

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,432).

15.4. Стоимость законченного случая лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ по случаям лечения взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях осуществляется по формуле:

$$СС_{\text{КСГ}} = БС * КЗ_{\text{КСГ}} * ((1 - Дзп) + Дзп * ПК * КД)$$

БС – базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях;

КЗ<sub>КСГ</sub> – коэффициент относительной затратно-емкости по КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (значение, устанавливаемое Программой государственных гарантий, к которому применяется КД);

ПК – интегрированный поправочный коэффициент оплаты КСГ для конкретного случая (принимается равным 1,000);

КД - коэффициент дифференциации (по Ямало-Ненецкому автономному округу применяется в размере 2,432).

Доля заработной платы и прочих расходов в структуре затрат на оказание медицинской помощи пациентам старше 18 лет, проходящим лекарственную терапию злокачественных новообразований в составе тарифа КСГ составляет:

- лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей):

уровень 1 - 11,93%;

уровень 2 - 5,99%;

уровень 3 - 29,39%;

уровень 4 - 3,23%;

уровень 5 - 4,14%;

уровень 6 - 3,97%;

уровень 7 - 3,96%;

уровень 8 - 3,76%;

уровень 9 - 5,39%;

уровень 10 - 6,78%;

уровень 11 - 0,43%;

уровень 12 - 0,32%;

уровень 13 - 0,67%;

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия, взрослые: (уровень 1 - 4) - 36,19%;

- ЗНО лимфоидной и кроветворной тканей, лекарственная терапия с применением отдельных препаратов (по перечню), взрослые:

уровень 1 - 3,37%;

уровень 2 - 9,56%;

уровень 3 - 16,32%;

уровень 4 - 20,69%;

уровень 5 - 0,82%;

уровень 6 - 2,73%;

уровень 7 - 5,68%;

уровень 8 - 8,41%.

15.5. Коэффициенты специфики КСГ, к которой отнесен случай лечения установлен для всех КСГ в размере 1,000. Коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, коэффициенты сложности лечения пациентов, в условиях дневного стационара не установлены.

15.6. Размер оплаты прерванных случаев установлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 80 % от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 90 % от стоимости КСГ.

Если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;

- при длительности лечения более 3-х дней – 60% от стоимости КСГ.

К прерванным случаям также относятся случаи оказания медицинской помощи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за

исключением законченных случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

15.7. Оплата случаев лечения, для которых оптимальный срок лечения составляет 3 дня и менее, осуществляется в полном объеме и установлен в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

15.8. Оплате по двум КСГ подлежат случаи лечения пациента в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ-10, при оказании медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации.

15.9. При оказании пациенту медицинской помощи в условиях дневного стационара с одновременным проведением услуг диализа, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу соответствующей КСГ в рамках одного случая лечения и дополнительно за фактически выполненные услуги диализа.

15.10. При расчете фактических дней лечения в условиях дневных стационаров первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним – день окончания ее оказания.

15.11. В целях исключения дублирования медицинских услуг, а также соблюдения установленного порядка статистического учета дней лечения, в случае перевода пациента из стационара на долечивание в дневной стационар, днем поступления в дневной стационар считать следующий день после выписки пациента из стационара.

## **16. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации**

16.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи и в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

16.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи, установлен в приложении 7 к настоящему Тарифному соглашению.

16.3. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, определяется на основании объема финансовых средств, предусмотренных территориальной программой ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи, и численности застрахованного населения.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе скорая (специализированная) медицинская помощь, оказываемая в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи – вызов, за исключением:

расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии;

расходов на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа лицам, застрахованным на территории Ямало-Ненецкого автономного округа.

16.4. Базовый подушевой норматив финансирования, коэффициенты дифференциации подушевого норматива, фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи установлены настоящим Тарифным соглашением.

16.5. Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в соответствии с Методикой определения дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, являющейся приложением 34 к настоящему Тарифному соглашению.

16.6. Оплата скорой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования осуществляется СМО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и авансирования МО.

16.7. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной пациентам при остром коронарном синдроме с проведением тромболитической терапии, осуществляется за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному настоящим Тарифным соглашением.

Тариф вызова с применением антитромболитических средств включает расходы на вызов скорой медицинской помощи и расходы на лекарственные средства для проведения тромболитической терапии.

16.8. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным в других субъектах Российской Федерации, осуществляется Фондом за фактическое количество вызовов по тарифу, установленному Тарифным соглашением.

16.9. Не подлежат оплате за счет средств ОМС дежурства бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий: спортивных, культурных и других.

### **III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

17. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определены в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил ОМС.

18. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, оплачивающих медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС.

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

### **20. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

20.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет – 14 983,54 рубля в год. Установленный

размер среднего подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

20.2. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используемый для расчета коэффициента приведения в амбулаторных условиях составляет 7 985,85 рублей в год.

20.3. Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования исключающего влияние применяемых коэффициентов к специфике, уровню оказания медицинской помощи (включающего объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации), коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициента дифференциации, стоимости медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема ее оказания, оказываемой в фельдшерских, фельдшерских-акушерских пунктах, а также выплаты медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях, составляет – 0,53297.

20.4. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, включающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров (диспансеризации), применяемые в амбулаторных условиях для расчета дифференцированных подушевых нормативов, фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, установлены в приложении 10 к настоящему Тарифному соглашению.

20.5. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений медицинской организации, учитывающие критерии соответствия их требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению установлены в приложении 3 Тарифного соглашения.

20.6. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи:

а) тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях, установлены в приложении 12 к настоящему Тарифному соглашению;

б) тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях, установлены в приложении 13 к настоящему Тарифному соглашению;

в) тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях установлены в приложении 14 к настоящему Тарифному соглашению;

г) тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи (УЕТ) в амбулаторных условиях установлены в приложении 15 к настоящему Тарифному соглашению;

д) тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные

периоды взрослого населения установлены в приложениях 17-20 к настоящему Тарифному соглашению;

е) тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения установлены в приложении 21 к настоящему Тарифному соглашению;

ж) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, установлены в приложениях 22 и 23 к настоящему Тарифному соглашению;

з) тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью установлены в приложениях 24 и 25 к настоящему Тарифному соглашению;

и) тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены в приложении 26 к настоящему Тарифному соглашению.

## **21. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**

21.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет – 18 255,48 рублей в год. Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

21.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения, коэффициенты относительной затратоемкости для определения стоимости медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 28 к настоящему Тарифному соглашению.

21.3. Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях установлены в приложении 29 к настоящему Тарифному соглашению.

21.4. Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи в стационарных условиях, установлены в приложении 30 к настоящему Тарифному соглашению.

21.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, установлены в приложении 31 к настоящему Тарифному соглашению.

21.6. Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях к базовой ставке, исключающей влияние применяемых коэффициентов относительной затратоемкости, специфики оказания медицинской помощи, коэффициента сложности лечения пациентов, составляет – 0,72270.

## **22. Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров**

22.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС составляет – 4 150,66 рублей. Установленный средний размер финансового обеспечения не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

22.2. Перечень клинико-статистических групп, базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратно-емкости для определения стоимости медицинской помощи в условиях дневных стационаров, установлены в приложении 32 к настоящему Тарифному соглашению.

22.3. Базовые тарифы на оплату услуг диализа, коэффициенты относительной затратно-емкости, применяемые к базовому тарифу, установлены в приложении 33 к настоящему Тарифному соглашению.

22.4. Значения коэффициента приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара к базовой ставке, исключаяющей влияние применяемых коэффициентов относительной затратно-емкости, составляет – 0,60072.

### **23. Размер тарифов в части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации**

23.1. Размер среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Ямало-Ненецкого автономного округа, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой ОМС, составляет – 2 482,20 рубля в год. Установленный размер среднего подушевого норматива финансирования не включает средства, направляемые на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами Ямало-Ненецкого автономного округа.

23.2. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, применяемый для видов медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу, составляет – 2 473,76 рубля.

23.3. Значение коэффициента приведения среднего подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации к базовому нормативу финансирования, составляет – 0,99660.

23.4. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи организации при оказании скорой медицинской помощи, установлены в приложениях 36 и 37 к настоящему Тарифному соглашению.

23.5. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи установлены в приложении 38 к настоящему Тарифному соглашению.

### **24. Структура тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию**

24.1. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС включают расходы медицинских организаций, связанные с оказанием медицинской помощи по

территориальной программе ОМС. Расходы медицинских организаций, связанные с обеспечением функционирования служб, подразделений и специалистов, деятельность которых не включена в территориальную программу ОМС, финансируются за счет средств бюджетов всех уровней или других источников.

24.2. Структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

24.3. При формировании тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС в части оплаты труда работников медицинских организаций предусмотрены средства на осуществление денежных выплат стимулирующего характера:

врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам);

медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

врачам, в том числе старшим; фельдшерам, в том числе старшим фельдшерам и фельдшерам по приему вызовов и передачи их выездной бригаде; акушеркам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи;

фельдшерам, выполняющим работу разъездного характера, заведующим и фельдшерам фельдшерских пунктов;

медицинским сестрам, выполняющим работу разъездного характера и медицинским сестрам фельдшерских пунктов; медицинским сестрам по приему вызовов и передаче их выездной бригаде медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную медицинскую помощь вне медицинской организации;

врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.



#### **IV. 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**

25. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам осуществляется СМО и Фондом в соответствии с Порядком контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в соответствии со статьей 40 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

26. Размер средств, подлежащих удержанию с медицинских организаций по результатам экспертиз, определяется СМО и Фондом в соответствии с перечнем оснований для отказа в оплате (уменьшения оплаты) медицинской помощи и перечнем штрафов за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установленных в приложении 39 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **V. Заключительные положения**

27. Тарифное соглашение вступает в силу с момента его подписания представителями Сторон и распространяется на правоотношения, возникшие с 01 февраля 2021 года.

28. Тарифное соглашение действует до принятия нового Тарифного соглашения.

29. Изменения и дополнения оформляются дополнительным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента подписания их представителями Комиссии.

30. Изменения в настоящее Тарифное соглашение, влекущие дополнительные расходы в течение 2021 года, возможны при наличии источника финансового обеспечения.

31. Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются следующие приложения:

приложение 1 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи)»;

приложение 2 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), не имеющих прикрепившихся лиц, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)»;

приложение 3 «Перечень фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения и размер их финансового обеспечения»;

приложение 4 «Перечень медицинских организаций и их подразделений, отвечающих условиям для установления коэффициента дифференциации на прикрепившихся к медицинским организациям лиц, с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала»;

приложение 5 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;

приложение 6 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов»;

приложение 7 «Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи»;

приложение 8 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 9 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях»;

приложение 10 «Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях и коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива»;

приложение 11 «Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации, оказываемой медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в месяц»;

приложение 12 «Тарифы посещений с иными целями, посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме, обращений в связи с заболеваниями (законченный случай) в амбулаторных условиях»;

приложение 13 «Тарифы на отдельные диагностические (лабораторные) исследования, проводимые в амбулаторных условиях»;

приложение 14 «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях»;

приложение 15 «Тарифы на оплату стоматологической медицинской помощи при оказании в амбулаторных условиях»;

приложение 16 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной

медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях»;

приложения 17 и 18 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте от 18 до 64 лет включительно»;

приложения 19 и 20 «Тарифы комплексного посещения при проведении профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации в определенные возрастные периоды женщинам и мужчинам в возрасте 65 лет и старше»;

приложение 21 «Тарифы осмотров и исследований при проведении второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения»;

приложения 22 и 23 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации»;

приложения 24 и 25 «Тарифы осмотров и исследований при проведении диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью»;

приложение 26 «Тарифы осмотров и исследований при проведении профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних»;

приложение 27 «Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности»;

приложение 28 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 29 «Коэффициенты уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях»;

приложение 30 «Коэффициенты сложности лечения пациента, применяемые к отдельным случаям оказания медицинской помощи»;

приложение 31 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи»;

приложение 32 «Базовая ставка финансового обеспечения и коэффициенты относительной затратоемкости по клинко-статистическим группам заболеваний по медицинской помощи в условиях дневного стационара»;

приложение 33 «Тарифы на оплату услуг диализа»;

приложение 34 «Методика расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи»;

приложение 35 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива при оказании скорой медицинской помощи»;

приложение 36 «Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования при оказании скорой медицинской помощи по медицинским организациям и коэффициенты, применяемые для расчета дифференцированного подушевого норматива»;

приложение 37 «Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской организации при оказании скорой медицинской помощи в месяц»;

приложение 38 «Тарифы на оплату скорой медицинской помощи»;

приложение 39 «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»;

приложение 40 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций с оплатой медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях и критерии их оценки»;

приложение 41 «Перечень медицинских организаций, внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи, оценка которых осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями «Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации 30.07.2019»;

приложение 42 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций внедряющих новую модель оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи на принципах бережливого производства и критерии их оценки».»

Заместитель Губернатора

Ямало-Ненецкого автономного округа \_\_\_\_\_

Т.В. Бучкова

Директор департамента здравоохранения

Ямало-Ненецкого автономного округа \_\_\_\_\_

С.В. Новиков

Директор

Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования

Ямало-Ненецкого автономного округа \_\_\_\_\_

Т.А. Никитина

Заместитель директора

Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования

Ямало-Ненецкого автономного округа \_\_\_\_\_

Л.М. Романенко

Представитель от окружной

общественной организации «Ямальское  
общество врачей» \_\_\_\_\_

Р.А. Гатаулин

Представитель от окружной

общественной организации «Ямальское  
общество врачей» \_\_\_\_\_

В.В. Баннов

Главный врач – директор

территориального центра медицины  
катастроф государственного бюджетного  
учреждения здравоохранения

«Салехардская окружная клиническая  
больница» \_\_\_\_\_

А.В. Лукинов

Старший врач станции скорой  
медицинской помощи государственного  
бюджетного учреждения  
здравоохранения Ямало-Ненецкого  
автономного округа «Салехардская  
станция скорой медицинской помощи»

\_\_\_\_\_ Р. И. Сулейманов

Председатель первичной профсоюзной  
организации государственного  
бюджетного учреждения  
здравоохранения Ямало-  
Ненецкого автономного округа  
«Салехардская станция скорой  
медицинской помощи»

\_\_\_\_\_ Р. Р. Санников