ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год (далее - Тарифное соглашение)

г. Омск "29" декабря 2022 г.

Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители органа исполнительной власти Омской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Омской области, представители территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области, представители страховых медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций (ассоциаций), профессиональных союзов медицинских работников, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области, утвержденной постановлением Правительства Омской области от 1 февраля 2012 года № 16-п "О мерах по реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ", в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", проектом постановления Правительства Российской Федерации "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов", постановлением Правительства Омской области от 28 декабря 2022 года № 790-п "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования", приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 года № 11-7/И/2-275 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов" заключили настоящее Тарифное соглашение о нижеследующем:

1. Общие положения

1. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление тарифов на оплату медицинской помощи (далее - Тарифы) на территории Омской области, коэффициентов дифференциации Тарифов, их размеров и структуры, способов оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшение оплаты медицинской помощи) и размеров 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 на территории Омской области.

2. Тарифы рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области (далее - Комиссия), устанавливаются настоящим Тарифным соглашением и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

3. В настоящем Тарифном соглашении используются следующие термины и определения:

Прикрепленное лицо - лицо, застрахованное по ОМС в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", проживающее на территории Омской области и прикрепленное к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.

Понятия "Медицинская помощь", "Медицинская организация", "Медицинская услуга", "Пациент" используются в значении, определенном Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Понятия "Застрахованное лицо", "Страховой случай" используются в значении, определенном Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Способ оплаты медицинской помощи - установленный Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования и Территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - ТП ОМС) способ финансирования медицинской помощи, оказанной медицинской организацией в тех или иных условиях, установленных Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 32 п. 3).

Понятия "Случай госпитализации", "Клинико-статистическая группа заболеваний (КСГ)", "Оплата медицинской помощи по КСГ", "Базовая ставка", "Коэффициент относительной затратоемкости", "Коэффициент дифференциации", "Поправочные коэффициенты", "Коэффициент специфики", "Коэффициент уровня оказания медицинской помощи", "Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи", "Коэффициент сложности лечения пациентов" используются в значении, определенном проектом Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее - Методические рекомендации).

Плановое задание (план-задание) - объемы и финансовое обеспечение медицинской помощи, установленные конкретной медицинской организации в рамках ТП ОМС на очередной год Комиссией.

Тариф - стоимость единицы объема медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС.

Посещение - единица объема медицинской помощи в амбулаторных условиях, контакт пациента с врачом или средним медицинским работником, ведущими амбулаторный (в том числе консультативный) прием, в поликлинике (врачебной амбулатории), диспансере, женской консультации, фельдшерско-акушерском пункте (далее - ФАП) при посещении пациентом врача (среднего медицинского работника) или посещении пациента врачом (средним медицинским работником) на дому. В указанное посещение включаются осмотр пациента, медицинские вмешательства и медицинские услуги, с последующей записью об их выполнении в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в установленном порядке, за исключением лечебно-диагностических услуг (исследований), на которые настоящим Тарифным соглашением установлены отдельные тарифы.

Посещение приемного отделения - случай оказания неотложной медицинской помощи (в том числе с использованием параклинических методов исследования) в приемном отделении стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась.

Доврачебное посещение - посещение, оказанное средним медицинским персоналом в случаях ведения самостоятельного приема во врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, на врачебных и фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах, школьных, дошкольных учреждениях.

Посещения с профилактическими и иными целями - посещения, не связанные с заболеванием или обострением хронического заболевания, оказанные:

а) с профилактической целью, в том числе:

- комплексные посещения для проведения профилактических медицинских осмотров (включая 1-е посещение для проведения диспансерного наблюдения);

- комплексные посещения для проведения диспансеризации (за исключением 2-этапа);

б) с иными целями, в том числе:

- посещения для проведения диспансерного наблюдения (за исключением 1-го посещения);

- посещения для проведения 2-го этапа диспансеризации;

- разовые посещения в связи с заболеванием;

- посещения центров здоровья;

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

- посещения центров амбулаторной онкологической помощи (далее – ЦАОП);

- посещения с другими целями (патронаж, выдача справок и иных медицинских документов и другие причины).

Посещение по неотложной помощи - оказание неотложной медицинской помощи лицам, обратившимся с признаками неотложных состояний (при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не опасных для жизни и не требующих экстренной медицинской помощи) в отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи, являющееся структурным подразделением поликлиники, а также на дому при вызове медицинского работника.

Обращение по поводу заболевания - это 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. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях Талона только при последнем посещении больного по данному поводу.

Обращение в травматологический пункт - обращение в медицинскую организацию, имеющую в своей структуре подразделение "травматологический пункт".

Первичный прием - первое посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по поводу заболевания.

Повторный прием - второе и каждое последующее посещение в рамках случая оказания медицинской помощи по заболеванию.

Условная единица трудоемкости (УЕТ) - норматив времени, затрачиваемый при оказании стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы.

Прерванный случай оказания медицинской помощи - случай оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного или дневного стационаров в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3-х дней включительно (далее – прерванный случай).

Дифференцированный подушевой норматив - финансовый норматив на одно застрахованное лицо в месяц, предусматривающий различия в затратах на оказание медицинской помощи застрахованному лицу.

Вызов скорой медицинской помощи - обращение населения по поводу несчастных случаев, внезапных заболеваний, родов, для экстренной транспортировки в стационар больных и пострадавших, а также по поводу чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся потерями среди населения.

Мобильная медицинская бригада - медицинская бригада, обеспеченная одним или несколькими мобильными лечебно-диагностическими модулями, которая организуется медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, для оказания первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе жителям населенных пунктов с преимущественным проживанием лиц старше трудоспособного возраста либо расположенных на значительном удалении от медицинской организации и (или) имеющих плохую транспортную доступность с учетом климато-географических условий.

Медицинские организации - заказчики (далее - МО-заказчики) - медицинские организации, направляющие пациента для получения в установленном порядке медицинской помощи в другие медицинские организации, оплата которой осуществляется по тарифам, установленным в рамках настоящего Тарифного соглашения.

Медицинские организации - исполнители (далее - МО-исполнители) - медицинские организации, оказывающие медицинские услуги по направлениям МО-заказчика.

Межучрежденческие расчеты - оплата медицинских услуг, оказанных МО-исполнителем по направлениям МО-заказчиков.

Телемедицинские технологии - информационные технологии, обеспечивающие

дистанционное взаимодействие медицинских работников между собой, с пациентами и (или) их законными представителями, идентификацию и аутентификацию указанных лиц, документирование совершаемых ими действий при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента.

Углубленная диспансеризация – представляет собой комплекс мероприятий, который проводится дополнительно к профилактическим медицинским осмотрам или диспансеризации лицам, перенесшим новую коронавирусную инфекцию, а также гражданам, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по их инициативе, включающий исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, который приведен в приложении № 5 к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов, утвержденной постановлением Правительства Омской области от 28 декабря 2022 года № 790-п (далее – Территориальная программа).

2. Способы оплаты медицинской помощи

4. Оплата медицинской помощи производится медицинским организациям на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием.

5. Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС приведен в Приложении № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

6. Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС приведен в Приложении № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях

7. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, установлен Таблицей № 2.1 Приложения № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

8. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием:

- 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 (далее - молекулярно-генетические исследования и патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и 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 и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

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

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (далее - Приказ № 543н).

Диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение по тарифу согласно Таблице № 1 Приложения № 21.

Оплата диализа, включающего различные методы, осуществляется за стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных процедур диализа, в рамках одного случая лечения.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами. Стоимость посещения, обращения, медицинской услуги, рассчитанная с применением вышеуказанного коэффициента, округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при

дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой оплачивается по тарифам за услугу согласно Приложению № 26 в рамках межучрежденческих расчетов через страховые медицинские организации (далее - СМО). Консультируемыми медицинскими организациями являются медицинские организации, имеющие прикрепленное население, удержание СМО за оказанные телемедицинские услуги производится с подушевого норматива финансирования МО-заказчика (выплачиваемого за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную в связи с заболеванием). Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами Омской области, оплачивается без применения межучрежденческих расчетов.

Диагностические исследования, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров или диспансеризации (1 и 2 этап), не могут осуществляться и оплачиваться в рамках плана-задания, установленного для отдельных диагностических (лабораторных) исследований. В случае отсутствия возможности осуществления части диагностических исследований (указанных в Таблице № 10.2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению), проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров или диспансеризации (1 и 2 этап), в медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, оказание данных диагностических услуг может быть проведено в другой медицинской организации и оплачено в рамках взаиморасчетов между медицинскими организациями, на основании заключенных гражданско-правовых договоров.

9. Оплата медицинской помощи для медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

10. Базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе первичную доврачебную, первичную врачебную медико-санитарную помощь, первичную специализированную медико-санитарную помощь, организованную по территориально-участковому принципу, оказываемую в плановой форме в соответствии с установленными единицами объема медицинской помощи - посещение с профилактическими и иными целями, обращение в связи с заболеванием, за исключением:

- расходов на оплату диализа в амбулаторных условиях;

- расходов на медицинскую помощь, оказываемую в неотложной форме;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

- расходов на оплату медицинской помощи по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи);

- расходов на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях по

медицинской реабилитации;

- расходов на оказание медицинской помощи в травматологических пунктах;

- расходов на оказание медицинской помощи в центрах здоровья;

- расходов на оказание медицинской помощи в ЦАОП;

- расходов на оплату проведения 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в соответствии с нормативами, установленными Территориальной программой;

- расходов на оплату проведения комбинированного эндотрахеального наркоза при наличии медицинских показаний при оказании медицинской помощи детям по профилю «стоматология», при проведении магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии;

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи нормативами финансирования фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов с учетом коэффициента дифференциации и коэффициента специфики оказания медицинской помощи.

11. Расчет подушевого финансирования в амбулаторных условиях осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями. При расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций применяется коэффициент половозрастного состава, при этом лицам в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6 (КДпв); коэффициент специфики оказания медицинской помощи, учитывающий наличие 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 (КДот); коэффициент уровня (подуровня) расходов медицинской организации (КДур); коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) принят равным 1; коэффициент дифференциации (КД); поправочный коэффициент (ПК) (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению).

12. Объем средств, направляемый на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, составляет 5 % от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки, порядок расчета значений показателей установлены Приложением № 4 к настоящему Тарифному соглашению. Перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности, применяемых для указанных медицинских организаций установлен Приложением № 5 к настоящему Тарифному соглашению.

Осуществление выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации производится по итогам полугодия в соответствии с Порядком,

указанном в Приложении № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

13. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется ежемесячно по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, на основе среднемесячной численности прикрепленного населения по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц за отчетный месяц.

Размер финансового обеспечения медицинской организации, в составе которой имеются фельдшерские, фельдшерско-акушерские пункты, определяется с учетом размера средств, направляемых на оплату медицинской помощи за единицу объема (посещение, обращение, медицинская услуга), подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, а также размера финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, входящих в состав медицинской организации.

Размер финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов определяется исходя из базового норматива финансовых затрат на финансовое обеспечение структурных подразделений и коэффициента специфики, применяемого к размеру данного норматива согласно Приложению № 25 к настоящему Тарифному соглашению.

14. Оплата медицинской помощи для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) согласно Таблице № 9.1 Приложения № 9, Приложению № 11, Приложению № 13, Приложению № 14 и Приложению № 15, Приложению № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

15. Оплата амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории Омской области, но не прикрепленному ни к одной из медицинских организаций на территории Омской области, а также лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи.

16. Посещения (обращения) к врачам-специалистам по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология", а также зубным врачам и обращения в травматологический пункт оплачиваются за каждое посещение (обращение) согласно Таблице № 9.1 Приложения № 9, Приложению № 11 и Приложению № 14 к настоящему Тарифному соглашению в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием. Данный пункт не распространяется на медицинские организации, указанные в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

17. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация определенных групп взрослого населения проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 года № 404н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения".

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются завершенными в случае выполнения в течение календарного года не менее 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации. Количество отдельных услуг, осмотров, исследований, процедур, составляющих 85% от объема профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, указано в Таблицах № 9.4 - 9.7 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

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.

Проведение в один календарный год профилактического медицинского осмотра в качестве самостоятельного мероприятия для возрастных категорий граждан, подлежащих диспансеризации, допускается в случае его проведения и включения в реестры счетов и счетов на оплату медицинской помощи в срок до начала проведения первого этапа диспансеризации. В случае проведения диспансеризации после профилактического осмотра в качестве самостоятельного мероприятия оплата первого этапа диспансеризации не осуществляется.

Дата начала второго этапа диспансеризации не может быть ранее даты приема (осмотра) врача-терапевта (врача-терапевта участкового, врача-терапевта цехового врачебного участка, врача общей врачебной практики (семейного врача)), выполненного в рамках первого этапа диспансеризации.

Граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, который приведен в приложении № 5 к Территориальной программе. Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

18. Диспансеризация отдельных групп детского населения, в том числе проведенная с участием мобильной медицинской бригады, проводится в соответствии с нормативными актами:

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 февраля 2013 года № 72н "О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации";

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 апреля 2022 года № 275н "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".

Профилактические медицинские осмотры детского населения, в том числе проведенные с участием мобильной медицинской бригады, осуществляются по следующим нормативным актам:

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2015 года № 711н "Об утверждении формы направления на медицинское обследование, а также перечня исследований при проведении медицинского обследования и формы заключения о состоянии здоровья ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей, помещаемого под надзор в организацию для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей";

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года № 514н "О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров

несовершеннолетних".

19. Оплата диспансеризации определенных групп населения и профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, (указанные в пунктах 17, 18 настоящего Тарифного соглашения) осуществляется за единицу объема по тарифам согласно Таблицам № 9.2 - 9.3, 9.9 - 9.11 Приложения № 9.

Оплата диспансеризации определенных групп населения по итогам проведения второго этапа осуществляется за единицу объема, за оказание отдельных медицинских услуг (осмотр (консультация) врачами-специалистами, обследования), в том числе проведенных с участием мобильной медицинской бригады по тарифам согласно Таблице № 9.8 Приложения № 9.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за комплексное посещение, за единицу объема оказания медицинской помощи согласно Таблице № 9.12 Приложения № 9, с учетом фактически выполненных объемов исследований и медицинских вмешательств. Оплата за комплексное посещение осуществляется только при выполнении всех процедур, исследований и медицинских вмешательств, включенных в комплексное посещение в рамках углубленной диспансеризации. Оплата отдельных процедур, исследований и медицинских вмешательств, включенных в комплексное посещение, за единицу объема не осуществляется. При отсутствии принятого к оплате комплексного посещения углубленной диспансеризации, остальные процедуры, исследования и медицинские вмешательства, включенные в углубленную диспансеризацию (в том числе 2 этапа), оплате не подлежат.

Оплата второго этапа углубленной диспансеризации осуществляется по тарифам за единицу объема оказания медицинской помощи согласно Таблице № 9.12 Приложения № 9.

В случае отказа несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) от проведения одного или нескольких медицинских вмешательств, предусмотренных в рамках профилактического осмотра, профилактический осмотр считается завершенным в объеме проведенных осмотров врачами-специалистами и выполненных исследований. Тариф определяется на основании фактически выполненных осмотров, исследований, процедур согласно Таблице № 9.14 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам профилактического медицинского осмотра и диспансеризации при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами.

В случае проведения в полном объеме профилактического медицинского осмотра или первого этапа диспансеризации в течение одного календарного дня, приходящегося на выходной день (суббота, воскресенье и праздничные дни), к установленным тарифам применяется повышающий коэффициент в размере 1,1.

Стоимость комплексного посещения, рассчитанная с применением вышеуказанных коэффициентов, округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

20. При проведении медико-экономического контроля диспансеризация отдельных групп населения (1 этап), а также профилактические медицинские осмотры отдельных групп населения, в том числе проведенные с участием мобильной медицинской бригады, учитываются в комплексных посещениях.

При проведении медико-экономического контроля, в случае выявления предоставления медицинской организацией на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований в составе комплексных посещений по диспансеризации отдельных групп населения (1 и 2 этап), а также профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения, в том числе проведенных с участием мобильной медицинской бригады, при наличии отдельных диагностических (лабораторных) исследований:

- поданных на оплату в рамках утвержденного плана-задания на диагностические (лабораторные) исследования другой медицинской организацией, комплексные посещения или законченный случай 2 этапа диспансеризации отклоняются от оплаты;

- поданных на оплату в рамках утвержденного плана-задания на диагностические (лабораторные) исследования этой же медицинской организацией, отклоняются от оплаты диагностические (лабораторные) исследования.

Исключением из вышеуказанного порядка являются диагностические (лабораторные) исследования, оказанные ранее, до даты начала проведения диспансеризации или профилактического медицинского осмотра.

21. Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья для впервые обратившихся граждан, по выполнению комплекса диагностических и инструментальных обследований производится по стоимости комплексного посещения. Для граждан, обратившихся для динамического наблюдения, с учетом проведенных исследований, оплата производится по стоимости повторного посещения.

Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья медицинских организаций осуществляется в соответствии с тарифами, установленными Таблицей № 9.13 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

22. Оплата медицинской помощи взрослому населению в ЦАОП осуществляется за единицу объема - посещение и оплачивается по тарифу согласно Таблице № 9.15 Приложения № 9.

Оплата медицинской помощи, оказанной в ЦАОП для граждан, впервые обратившихся в календарном году, по выполнению комплекса диагностических и инструментальных обследований производится по стоимости первичного посещения. В случае выявления другого онкологического заболевания (отличие первых трех знаков кода заболевания по МКБ-10), возможно осуществление в течении одного календарного года оплаты более одного первичного посещения.

Для граждан, повторно обратившихся в ЦАОП, после проведения первичного посещения, оплата производится по стоимости повторного посещения по тарифу, указанному в Таблице № 9.15 Приложения №9.

Оплата первичного посещения в ЦАОП осуществляется в полном объеме в случае выполнения не менее 85 % от объема первичного посещения ЦАОП. Общее количество отдельных услуг (исследований, приема врача-онколога) составляющих 100 % от объема первичного посещения ЦАОП включает 11 единиц, перечень которых указан в Таблице № 9.15 Приложения № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

При определении процента выполнения объема первичного посещения ЦАОП, учитываются только услуги (исследования, прием врача-онколога), указанные в Таблице № 9.15 Приложения № 9. В случае выполнения более одной услуги (исследования, приема врача-онколога) по одной позиции Таблицы № 9.15 Приложения № 9, при расчете процента

исполнения учитывается только одна позиция (единица первичного посещения).

В случае выполнения менее 85 % от объема первичного посещения ЦАОП, оплата первичного посещения производится в зависимости от фактического объема выполненных услуг (исследований, приема врача-онколога). Оплате подлежат не более одной позиции по каждой из 11 видов услуг (исследований, приема врача-онколога), на которые установлены тарифы в Таблице № 9.15 Приложения № 9. Услуги (исследования, прием врача-онколога) не включенные в Таблицу № 9.15 Приложения № 9 не подлежат оплате в рамках первичного посещения ЦАОП. Максимальная стоимость первичного посещения при выполнении менее 85 % от объема первичного посещения ЦАОП, составляет 3 248,90 рубля.

Дата проведения исследования (услуги), включенная в первичное посещение ЦАОП, не может быть ранее 7 рабочих дней от даты приема врача-онколога в рамках первичного посещения ЦАОП.

Не учитываются в первичном посещении и не отражаются в реестре на оплату медицинской помощи исследования (услуги), проведенные вне первичного посещения в ЦАОП (за исключением исследований, проведенных в рамках межучрежденческих расчетов) или осуществленные ранее 7 рабочих до даты приема врача-онколога в рамках первичного посещения.

23. Оплата 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) осуществляется в рамках плана-задания на амбулаторно-поликлиническую помощь, и оплачивается СМО за единицу объема - медицинскую услугу по тарифам в соответствии с Таблицей № 10.2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению без применения межучрежденческих расчетов, при наличии направления на исследования от лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, при наличии медицинских показаний.

Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований), оказанных лицам, застрахованным за пределами Омской области, осуществляется без применения межучрежденческих расчетов по тарифам в соответствии с Таблицей № 10.1 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению и Таблицей № 10.2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению, при наличии направления на исследования от врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную.

Медицинские организации учет проведенных лечебно-диагностических услуг (исследований) осуществляют в соответствии с кодами номенклатуры медицинских услуг в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг" в разрезе медицинских организаций, выдавших направление на проведение лечебно-диагностических услуг. При формировании реестров счетов обязательное заполнение поля NPR_MO (код медицинской организации, направившей пациента на исследование) и поле NPR_DATE (дата направления на исследование).

Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований) (за исключением указанных в Таблице № 10.2 Приложения № 10) осуществляется за счет средств направившей медицинской организации в рамках межучрежденческих расчетов СМО по тарифам в

соответствии с Таблицей № 10.1 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению, при этом оплата лечебно-диагностических услуг (исследований), указанных в строках 686 - 831 осуществляется только при соблюдении следующих требований: проведение лечебно-диагностических услуг (исследований) в экстренной или неотложной формах в период оказания медицинской помощи застрахованному лицу в условиях круглосуточного стационара в экстренной или неотложной формах.

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований в неотложной форме - молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (по тарифам в соответствии с Таблицей № 10.1 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению, указанных в строках 803 - 830), в случае если фактическое выполнение - результат (описание врача) сформирован в период оказания стационарной помощи в плановой форме (в связи с продолжительностью проведения исследования), осуществляется, если направление на выполнение вышеуказанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований сформировано во время оказания медицинской помощи застрахованному лицу в условиях круглосуточного стационара в экстренной или неотложной формах.

Оплата отдельных диагностических (лабораторных) исследований - молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (по тарифам в соответствии с Таблицей № 10.2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению), в случае если фактическое выполнение - результат (описание врача) сформирован в период оказания стационарной помощи осуществляется, если направление на выполнение вышеуказанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований сформировано во время оказания пациенту амбулаторно-поликлинической помощи.

24. Оплата стоматологической помощи осуществляется по стоимости посещения и обращения за каждый случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи по специальности "стоматология". Стоимость посещений и обращений по специальности "стоматология" определяется произведением стоимости 1 УЕТ на количество УЕТ, составляющих посещение или обращение, по тарифам в соответствии с Приложением № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

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, представлено в Приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Одно посещение к стоматологу включает в среднем 4,0 УЕТ, одно обращение включает в среднем 9,4 УЕТ.

Рассчитанная стоимость посещения (обращения) по стоматологии округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

25. Оплата неотложной амбулаторной медицинской помощи, в том числе оказания неотложной медицинской помощи (в том числе с использованием параклинических методов исследования) в приемном отделении стационара пациенту, госпитализация которого не состоялась, осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием, по тарифам в соответствии с Приложением № 13 к настоящему Тарифному соглашению. Данный пункт не распространяется на медицинские организации, указанные в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

26. Оказание медицинской помощи, проведение обязательных диагностических исследований гражданам при постановке их на воинский учет, призыве или поступлении на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, поступлении в военные профессиональные образовательные организации высшего образования, призыве на военные сборы, а также при направлении на альтернативную гражданскую службу, за исключением медицинского освидетельствования в целях определения годности граждан к военной или приравненной к ней службе, оплачивается как посещение с профилактической целью.

27. При проведении профилактического осмотра врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, без постановки диагноза и направлении пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, медицинская помощь оплачивается как посещение с профилактической целью. Посещения с иными целями к среднему медицинскому персоналу, ведущему самостоятельный прием, учитываются как посещения с профилактической и иными целями. Посещение у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как разовое посещение в связи с заболеванием.

28. Повторное посещение врача одной и той же специальности в один и тот же день при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях, за исключением повторного посещения для определения показаний к госпитализации, операции, консультациям в других медицинских организациях, оплачивается как одно посещение.

29. Обращение как законченный случай лечения складывается из первичных и повторных посещений. Актуализация диагноза в процессе наблюдения по одному случаю не приводит к формированию нового случая.

Оплата обращений по поводу заболевания осуществляется по тарифам в соответствии с Приложением № 14 к настоящему Тарифному соглашению.

30. При учете объемов и формировании реестров счетов по "Обращению по поводу заболевания" необходимо руководствоваться, что к обращениям по поводу заболевания относятся законченные случаи лечения с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (складывается из первичных и повторных посещений).

31. В случае отсутствия повторного посещения учет осуществляется как разовое посещение в связи с заболеванием. Если в рамках законченного случая лечения заболевания требуется дополнительная консультация врачей других специальностей необходимо оформлять отдельный талон на посещение к каждому врачу-специалисту, проводившему дополнительную консультацию, а учет объема медицинской помощи осуществляется как разовое посещение в связи с заболеванием.

В случае если первичное посещение (включаемое в обращение по заболеванию) оказано в одном отчетном периоде, а последующие должны были быть оказаны в последующем отчетном периоде, но в результате неявки пациента на повторный прием сформировать обращение по заболеванию не представляется возможным, медицинская организация имеет право включить первичное посещение, оказанное в одном из двух предыдущих отчетных периодов, в реестр за отчетный период как разовое посещение в связи с заболеванием.

Медицинская организация, не имеющая прикрепленного населения, имеет право включить прерванный случай обращения по поводу заболевания, оказанный в месяц, предшествующий отчетному периоду, в реестр за отчетный период.

Особые случаи объединения посещений и формирования обращения по поводу одного заболевания:

- первичное посещение осуществляется к терапевту или педиатру, а повторное посещение осуществляется к фельдшеру (или врачу общей практики (семейному врачу));

- первичное посещение осуществляется к фельдшеру (или врачу общей практики (семейному врачу)), а повторное посещение осуществляется к терапевту или педиатру;

- первичное посещение осуществляется к фельдшеру ФАПа или смотрового кабинета, а повторное посещение осуществляется к врачу-онкологу первичного онкологического кабинета;

- первичное посещение осуществляется к зубному врачу, а повторное посещение осуществляется к стоматологу;

- первичное посещение осуществляется к стоматологу, а повторное посещение осуществляется к зубному врачу.

В вышеуказанных особых случаях тариф устанавливается в соответствии со специальностью специалиста, закрывшего обращение.

32. В случае перехода сроков лечения на последующие календарные месяцы общая длительность обращения определяется сроками временной нетрудоспособности пациента по основному заболеванию, если экспертиза временной нетрудоспособности не требуется, общая длительность обращения не должна превышать более трех отчетных месяцев, при этом в медицинской карте пациента, получающего амбулаторное лечение, необходимо оформление ежемесячных этапных эпикризов.

33. Прерванный случай обращения по поводу заболевания (если лечение прервано по инициативе пациента или лечение прервано по инициативе лечащего врача) с одним посещением оформляется как "Разовое посещение в связи с заболеванием", с двумя и более посещениями оформляется как "Обращение по поводу заболевания".

Согласно приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 года № 79 "Об утверждении общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования», по прерванным случаям в реестрах указывается причина, по которой услуга не оказана или оказана не в полном объеме:

- документированный отказ больного;

- медицинские противопоказания;

- прочие причины (умер, переведен в другое отделение и пр.);

- ранее проведенные услуги в пределах установленных сроков.

34. Обращение по поводу наблюдения беременности считается завершенным по каждому триместру беременности (триместр - период из трех месяцев, составляющий одну треть беременности).

35. Для расчета услуг диализа применяются коэффициенты относительной затратоемкости к базовому тарифу.

Стоимость одной услуги диализа определяется по формуле (значение округляется до

двух знаков после запятой по правилам математики):

Суд = БТд х КЗд, где:

БТд - базовый тариф на оплату гемодиализа/перитонеального диализа;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости, установлен Приложением № 15 к настоящему Тарифному соглашению.

36. Межучрежденческие расчеты осуществляются между медицинскими организациями, которые заключили договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, в целях обеспечения доступности оказания медицинской помощи в рамках ТП ОМС, соблюдения порядков оказания медицинской помощи и на основе стандартов оказания медицинской помощи в соответствии с тарифами, утвержденными настоящим Тарифным соглашением. Случаи, включенные в реестр счетов медицинской помощи, оказанные амбулаторно, в период пребывания застрахованного лица в условиях стационара (кроме дня поступления и выписки из стационара, а также оказания медицинской помощи (консультаций) в других медицинских организациях в экстренной и неотложной форме), оплате не подлежат.

1) МО-исполнитель при направлении застрахованных граждан на исследования или поступлении биологического материала от медицинских организаций для проведения исследований, указанных в Таблице № 10.1 Приложения № 10, формирует реестры счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов с указанием вида и условий оказания медицинской помощи. СМО на основании данных поля NPR_MO поступивших реестров определяют суммы финансирования, которые необходимо направить в рамках межучрежденческих расчетов из суммы финансирования МО-заказчика с учетом условия оказания медицинской помощи за отчетный месяц (дифференцированно по медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара, при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (с профилактической целью и иными целями, в связи с заболеванием, неотложной медицинской помощью)), соответствующего условию оказания медицинской помощи пациенту (в случае финансирования данного условия оказания медицинской помощи МО-заказчика по подушевому нормативу финансирования удержание производится с подушевого финансирования), для которого проведены исследования, на финансирование медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем.

2) Межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями осуществляются СМО на основании направлений МО-заказчика, а также в случаях, предусмотренных распоряжением Министерства здравоохранения Омской области от 10 апреля 2017 года № 137-р "Об организации обследования (лечения) граждан Российской Федерации при первоначальной постановке на воинский учет и призыве на военную службу" (далее - распоряжение № 137-р), - по направлениям военных комиссариатов муниципальных районов Омской области, военных комиссариатов административных округов муниципального образования городской округ город Омск Омской области (далее - военные комиссариаты), по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением в рамках и в пределах подушевого норматива финансирования по специальностям, включенным в объемы подушевого финансирования. В случае превышения объема межучрежденческих расчетов над объемом подушевого финансирования МО-заказчика медицинская помощь, оказанная МО-исполнителем, оплачивается в сумме, не превышающей объема подушевого финансирования текущего периода МО-заказчика.

Показания для направления прикрепленных граждан в иные медицинские

организации определяет МО-заказчик, а в случаях, определенных распоряжением № 137-р, - военные комиссариаты. В случае выдачи направления:

- МО-заказчиком лицу, прикрепленному к иной медицинской организации, медицинская помощь оплачивается за счет средств направившей медицинской организации;

- военным комиссариатом медицинская помощь оплачивается за счет средств медицинской организации, к которой прикреплен застрахованный.

Оплата медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем по направлениям МО-заказчика и военных комиссариатов, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за посещение, за обращение (законченный случай).

Медицинская помощь в рамках межучрежденческих расчетов в плановой форме оказывается на основании направлений МО-заказчика и военных комиссариатов.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие расчеты.

В рамках межучрежденческих расчетов осуществляется оплата за медицинскую помощь (посещения с профилактическими и иными целями, обращения по поводу заболевания), оказанную населению, прикрепленному к МО-заказчикам, и по направлениям военных комиссариатов, за исключением посещений в ЦАОП, комплексных посещений по диспансерному наблюдению, комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация».

МО-исполнитель ведет учет посещений с профилактическими и иными целями, обращений по поводу заболевания в разрезе медицинских организаций и военных комиссариатов, выдавших направление на оказание медицинской помощи. При формировании реестров счетов обязательно заполнение поля NPR_MO (код МО-заказчика). При оказании медицинской помощи по направлению военного комиссариата в поле NPR_MO МО-исполнителем указывается код МО, к которой прикреплен застрахованный на момент оказания медицинской помощи, при этом в поле CODE_USL указывается код "AMB.1.97.VK" (Посещение с профилактической целью (воен.комис.)) или "AMB.1.99.VK" (Посещение по заболеванию (воен.комис.)) из справочника услуг (spr_uslugi). В случае некорректного заполнения поля NPR_MO, в том числе указания кода МО, не участвующей в межучрежденческих расчетах, случай оплате не подлежит. Направление, выданное пациенту МО-заказчиком или военным комиссариатом, учитывается МО-исполнителем не только при первичном приеме, а также при последующих повторных приемах, осуществляемых врачом МО-исполнителя, при этом МО-исполнитель формирует обращение в связи с заболеванием не чаще 1 раза в месяц.

МО-исполнитель ежемесячно формирует реестры счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов и направляет в установленные сроки в территориальный фонд ОМС Омской области (далее - ТФОМС Омской области). После проведения медико-экономического контроля поступивших реестров и на основании данных поля NPR_MO СМО определяют суммы финансирования, которые необходимо направить в рамках межучрежденческих расчетов из суммы дифференцированного подушевого норматива финансирования МО-заказчика или МО, к которой прикреплен застрахованный, получивший медицинскую помощь по направлению военного комиссариата (дифференцированно по медицинской помощи с профилактической целью и иными целями, в связи с заболеванием), за отчетный месяц, на финансирование медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем.

2.2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара

37. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, установлен Таблицей № 2.2 Приложения № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

38. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием:

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

- за прерванный случай госпитализации в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) оплачиваются на основании норматива финансовых затрат, установленного в Территориальной программе.

39. Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи произведено на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", подуровни выделены с учетом сложившихся расходов медицинских организаций на единицу затратоемкости в соответствии с Методическими рекомендациями и в разрезе структурных подразделений, в том числе с учетом оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня оказания медицинской помощи, осуществляющих оказание медицинской помощи по клинико-статистическим группам, относящихся к клинико-профильным группам "Детская онкология" и "Онкология", в случае коэффициента подуровня медицинской организации в условиях круглосуточного стационара менее 1, применяется коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в размере 1.

40. Отнесение случаев лечения к конкретной КСГ на основании классификационных

критериев, которые соответствуют данному случаю, осуществляется в соответствии с алгоритмом группировки, указанном в Методических рекомендациях, а также в соответствии с расшифровкой КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, являющейся приложением 8 к Методическим рекомендациям.

Перечень поправочных коэффициентов, применяемых к КСГ, представлен в Приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению.

Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи представлен в Приложении № 17.

41. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в стационарных условиях (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев госпитализации в отчетном периоде (не распространяется на медицинские организации, представленные в Приложении № 3):

$$ФОмо = \sum ССксг, \text{ где :}$$

ССксг - стоимость законченного случая госпитализации в стационарных условиях по КСГ, рублей.

42. Стоимость одного случая госпитализации в стационаре по КСГ (ССксг) (кроме ВМП) (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

ССксг = БС х КД х КЗксг х КСксг х КУСмо + БС х КД* х КСЛП, где:

БС - размер базовой ставки в стационарных условиях без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации, устанавливаемый Методическими рекомендациями;

КСксг - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации в условиях круглосуточного стационара, установлен Таблицей № 1 Приложения № 18 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, установлен Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Постановление № 462), который для Омской области составляет 1,105;

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП:

$КСЛПсумм = КСЛП_1 + КСЛП_2 + КСЛП_n$.

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость одного случая госпитализации по КСГ (ССксг), в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по следующей формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

ССксг = БС х КЗксг х ((1 - Дзп) + Дзп х КСксг х КУСмо х КД) + БС х КД* х КСЛП, где:

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД, КСксг и КУСмо) согласно Приложения № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

43. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 данного пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 16 к настоящему Тарифному соглашению;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных в "Группировщике", являющимся Приложением 6 к Методическим рекомендациям.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания, и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 данного пункта не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-9 пункта 44 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 данного пункта.

Приложением № 16 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях.

Оплата случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию представлен в Приложении № 16), случай оплачивается в размере:

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

б) при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ;

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

а) при длительности лечения 3 дня и менее - 40% от стоимости КСГ;

б) при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ;

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенном в подпункте 7, 9 данного пункта оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в "Группировщике", являющимся приложением 8 к Методическим рекомендациям, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 данного пункта.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в

полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные данным пунктом) в следующих случаях:

- при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в "Группировщике", являющимся Приложением 6 к Методическим рекомендациям;

- при снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" в "Группировщике", являющимся Приложением 6 к Методическим рекомендациям, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

а) снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

б) увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Рассчитанная стоимость прерванного случая лечения округляется по правилам математики до двух десятичных знаков после запятой.

44. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1) перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 43 настоящего Тарифного соглашения;

2) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3) оказание 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;

4) этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

5) проведение реинфузии аутокрови, балонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6) дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;
- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9) проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами.

Выставление случая только по КСГ st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.

45. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в стационарных условиях осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации, или со случаем оказания ВМП.

46. В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки засчитываются за один день. Стоимость случая лечения рассчитывается в соответствии с тарифным соглашением, действующим на момент выписки больного.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

47. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, установлен Таблицей № 2.3 Приложения № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

48. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием:

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи);

- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в Приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению, за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи) .

49. Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи произведено на основании приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", подуровни выделены с учетом сложившихся расходов медицинских организаций на единицу затратоемкости в соответствии с Методическими рекомендациями.

Для структурных подразделений медицинских организаций 2-го уровня оказания медицинской помощи, осуществляющих оказание медицинской помощи по клинико-статистическим группам, относящихся к клинико-профильным группам "Детская онкология" и "Онкология", в случае коэффициента подуровня медицинской организации в условиях дневного стационара менее 1, применяется коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в размере 1.

50. Отнесение случаев лечения к конкретной КСГ на основании классификационных критериев, которые соответствуют данному случаю, осуществляется в соответствии с алгоритмом группировки, указанном в Методических рекомендациях, в соответствии с расшифровкой КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, являющейся приложением 9 к Методическим рекомендациям. Перечень поправочных коэффициентов, применяемых к КСГ, представлен в Приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

51. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в условиях дневного стационара (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара в отчетном периоде (не распространяется на медицинские организации, представленные в Приложении № 3):

$ФОмо = \sum ССксг$, где :

ССксг - стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ, рублей.

52. Стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ (ССксг) (за исключением КСГ, в составе которых установлены доли заработной платы и прочих расходов) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

ССксг = БС х КД х КЗксг х КСксг х КУСмо + БС х КД* х КСЛП, где:

БС - размер базовой ставки в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации, рублей;

КЗксг - коэффициент относительной затратоемкости КСГ, к которой отнесен данный случай лечения, устанавливаемый Методическими рекомендациями;

КСксг - коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай госпитализации;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации в условиях круглосуточного стационара, установлен Таблицей № 1 Приложения № 18 к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, установлен Приложением № 19 к настоящему Тарифному соглашению;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с Постановлением № 462, который для Омской области составляет 1,105;

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями» (равно единице).

В случае, если в рамках одной госпитализации возможно применение нескольких КСЛП, итоговое значение КСЛП рассчитывается путем суммирования соответствующих КСЛП:

$КСЛПсумм = КСЛП_1 + КСЛП_2 + КСЛП_n$.

При отсутствии оснований применения КСЛП, значение параметра КСЛП при расчете стоимости законченного случая лечения принимается равным 0.

Стоимость одного случая лечения по КСГ (ССксг) для случаев, в составе которых установлена доля заработной платы и прочих расходов, определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

ССксг = БС х КЗксг х ((1 - Дзп) + Дзп х КСксг х КУСмо х КД) + БС х КД* х КСЛП, где:

Дзп - доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД, КСксг и КУСмо) согласно Приложения № 20;

* - КД не применяется для КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с

клиническими рекомендациями» (равно единице).

53. Отнесение к КСГ случаев проведения ЭКО осуществляется на основании классификационных критериев, которые соответствуют данному случаю, в соответствии с Методическими рекомендациями.

Дополнительно в процессе проведения процедуры ЭКО возможно осуществление криоконсервации полученных на третьем этапе эмбрионов, при этом хранение криоконсервированных эмбрионов за счет средств ОМС не осуществляется.

54. К прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевод пациента из дневного стационара в круглосуточный стационар);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7) случаи оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 данного пункта) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в Приложении № 20 к настоящему Тарифному соглашению.

В случае, если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ-10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по двум КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию, изложенному в подпункте 2 данного пункта не производится.

При оплате случаев лечения, подлежащих оплате по двум КСГ по основаниям, изложенным в подпунктах 2-3 пункта 55 настоящего Тарифного соглашения, случай до перевода не может считаться прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 2-4 данного пункта.

Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи (случай, не относящийся к прерванным случаям лечения по основаниям, изложенным в подпунктах 1-7 данного пункта) по КСГ, перечисленным в Приложением № 20 к настоящему Тарифному соглашению, не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основанию,

изложенному в подпункте 8 данного пункта, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения.

Оплата случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае, если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) была проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство и (или) тромболитическую терапию представлен в Приложении № 20), случай оплачивается в размере:

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

б) при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ;

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

а) при длительности лечения 3 дня и менее - 40% от стоимости КСГ;

б) при длительности лечения более 3-х дней - 80% от стоимости КСГ;

Случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше, являющиеся прерванными по снованию, изложенному в подпункте 7 данного пункта оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Если наименование лекарственных препаратов, способ введения (в случае указания в схеме) или скорость введения (в случае указания в схеме) не соответствуют описанию ни одной схемы лекарственной терапии, представленной в "Группировщике", являющимся Приложением 7 к Методическим рекомендациям, для оплаты однозначно выбирается схема лекарственной терапии sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1-6 данного пункта.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, чем предусмотренные данным пунктом) в следующих случаях:

- при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии, указанных в "Группировщике", являющимся Приложением 7 к Методическим рекомендациям;

- при снижении дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с указанными в столбце "Наименование и описание схемы" в "Группировщике", являющимся Приложением 7 к Методическим рекомендациям, при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии):

а) снижение дозы произведено в соответствии с инструкцией к химиотерапевтическому препарату в связи усилением токсических реакций или с тяжестью

состояния пациента;

б) увеличение интервала между введениями произведено в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

Все остальные случаи (в том числе случаи проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) являются прерванными и оплачиваются в соответствии с правилами оплаты прерванных случаев лечения.

Учитывая, что проведение лучевой терапии предусмотрено начиная с одной фракции, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Рассчитанная стоимость прерванного случая лечения округляется по правилам математики до двух десятичных знаков после запятой.

55. Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1) перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках дневного стационара (в том числе в случае перевода из дневного стационара в круглосуточный стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по основаниям, установленным пунктом 54 настоящего Тарифного соглашения;

2) проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3) оказание 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;

4) проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

56. В дневных стационарах всех типов первым днем считается день начала оказания медицинской помощи, последним - день окончания ее оказания.

В реестр на оплату медицинской помощи включаются все дни лечения пациента в условиях дневного стационара, включая выходные дни от поступления пациента в дневной стационар до его выписки, в соответствии с режимом работы медицинских организаций.

2.4. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к медицинской организации

лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)

57. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, включая показатели объема медицинской помощи (далее - подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

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

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

д) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н);

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

58. Базовый подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи включает затраты на оказание первичной доврачебной, первичной

врачебной, первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной медицинской помощи, за исключением:

- расходов на оплату профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

- расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

- расходов на оплату проведения 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, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)), в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи нормативами финансирования фельдшерских/фельдшерско-акушерских пунктов с учетом коэффициента дифференциации и коэффициента специфики оказания медицинской помощи;

- расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

- расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по профилю "медицинская реабилитация".

Объем средств, направляемый на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности, составляет 5 % от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц согласно разделу 2.1 настоящего Тарифного соглашения.

Оплата медицинской помощи, не включенной в подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется по тарифам согласно Приложениям № 9, 10, 11, 13, 14, 21 к настоящему Тарифному соглашению.

59. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН баз$_1$), дифференцированные подушевые нормативы (ДПн i_1), а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования (ФДПнi_1) для медицинских организаций, представленные в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению, рассчитываются в соответствии с разделом 2.1 настоящего Тарифного соглашения и являются справочными для медицинских организаций, указанных в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также при оказании медицинской помощи в неотложной форме и по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи) в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеваниями (ПН баз$_2$) рассчитывается по формуле:

ПН баз$_2$ = ОС$_2$ / Чз, где:

ОС$_2$ - размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также при оказании медицинской помощи в неотложной форме и по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи) в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеваниями;

Чз - численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинским организациям, указанным в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

Дифференцированные подушевые нормативы медицинских организаций в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также при оказании медицинской помощи в неотложной форме и по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи) в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеваниями (ДПн i$_2$), представленные в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению, рассчитываются по формуле:

ДПн i$_2$ = ПН баз$_2$ х КСмо$_i$, где:

КСмо$_i$ - коэффициент специфики оказания медицинской помощи.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также при оказании медицинской помощи в неотложной форме и по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи) в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеваниями (ФДПн i$_2$) для медицинских организаций, представленный в Приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению, рассчитывается по формуле:

ФДПн i$_2$ = ДПн i$_2$ х ПК$_2$, где:

ПК$_2$ - поправочный коэффициент, рассчитанный в целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам к общему объему средств на финансирование медицинских организаций.

$$ПК_2 = \frac{ПН_{БАЗ2} \times Ч_З}{\sum_i (ДПн_{i2} \times Ч_{Зi})}$$

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (ФДПн $_{общ\ i}$), представленный в Приложении № 8 к настоящему Тарифному соглашению, рассчитывается по формуле:

ФДПн $_{общ\ i}$ = ФДПн i$_1$ + ФДПн i$_2$

Расчет размера финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (ОС ппдн) определяется как произведение ФДПн общ и численности прикрепленного населения:

ОС ппдн i = ФДПн общ i х Чзi, где:

Чзi - численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации.

60. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется ежемесячно, на основе среднемесячной численности прикрепленного населения по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц за отчетный месяц.

Финансирование медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи распределяется пропорционально в соответствии с утвержденным Комиссией планом-заданием.

61. Оплата медицинской помощи, оказанной лицу, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется по тарифу за единицу объема медицинской помощи:

- в амбулаторных условиях - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, согласно Приложениям № 9, 10, 11, 13, 14, 21 к настоящему Тарифному соглашению;

- в стационарных условиях и в условиях дневного стационара - за случай лечения по КСГ в соответствии с разделами 2.2, 2.3 настоящего Тарифного соглашения.

62. Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований) в соответствии с пунктами 23, 36 настоящего Тарифного соглашения.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи

63. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинской организации, установлен Таблицей № 2.4 Приложения № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

64. Оплата 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), осуществляется:

- по подушевому нормативу финансирования;

- за единицу объема медицинской помощи – за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

65. Обслуживаемым населением считаются граждане, застрахованные на территории Омской области. Численность застрахованного населения Омской области формируется в разрезе медицинских организаций по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 число отчетного месяца.

66. Базовый (средний) 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 скорую (специализированную) медицинскую помощь, оказываемую в экстренной и неотложной формах в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением:

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи (при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- расходов на оплату вызовов скорой медицинской помощи с применением тромболитической терапии.

67. Объем финансовых средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи по дифференцированным подушевым нормативам, рассчитывается для каждой медицинской организации в соответствии с Методическими рекомендациями.

68. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, применяются коэффициенты: коэффициент половозрастного состава (КДпв); коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации) (КДур); коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников (КДзп) считается равным 1; коэффициент дифференциации (КД); поправочный коэффициент (ПК), значения которых представлены в Приложении № 22 к настоящему Тарифному соглашению.

69. Оплата скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и других), оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств, предусмотренных на организацию указанных мероприятий.

3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

70. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются по видам, профилям медицинской помощи, по возрастным категориям пациентов, врачебным специальностям и с учетом способов оплаты медицинской помощи в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных Законом Омской области от 28 декабря 2022 года № 2550-ОЗ "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов", в части финансового обеспечения ТП ОМС.

При этом в возрастной структуре населения к категории "дети" относятся граждане со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет, к категории "взрослые" - старше 18 лет, то есть в день достижения ими возраста 18 лет.

71. Тарифы на оплату медицинской помощи по ОМС рассчитываются в соответствии с Методикой расчетов тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС, содержащейся в Правилах обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н, и в соответствии с Методическими рекомендациями.

72. Тарифы на оплату отдельных медицинских услуг рассчитываются в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг".

73. В части медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установлены:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в

амбулаторных условиях, устанавливается в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в размере 5 664,04 рубля в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (ПН баз$_1$) установлен в размере 1 562,19 рубля в год;

- тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение/комплексное посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации отдельных групп детского населения, профилактические медицинские осмотры отдельных групп населения, в том числе проводимые с участием мобильной медицинской бригады, диспансерного наблюдения, медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» установлены Приложениями № 9 – 15, 21 к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, представлены в Приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению;

- тариф на проведение позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией в амбулаторных условиях (код услуги А07.30.043) установлен в размере 39 978,86 рубля за диагностическое исследование.

74. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, установлены:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, устанавливается в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в размере 6 732,13 рубля в год;

- норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) установлен в размере 44 387,84 рубля;

- коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) к базовой ставке установлен в размере 0,6821882;

- базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 27 403,49 рубля, с учетом коэффициента дифференциации установлена в размере 30 280,86 рубля. Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости стационарной помощи;

- перечень групп заболеваний, в том числе КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КЗксг), коэффициентов специфики (КСксг), согласно Приложению № 16;

- перечень клинико-статистических групп (КСГ) в условиях круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, согласно Приложению № 17;

- коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи (КУСмо), согласно Таблице № 1 Приложения № 18;

- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) согласно Приложению № 19;

- перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, согласно Приложению № 16;

- перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, согласно Приложению № 16.

75. Тарифы на оплату ВМП представлены в Приложении № 24 к настоящему Тарифному соглашению.

76. В части медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установлены:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в размере 1 675,46 рубля в год;

- норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) установлен в размере 27 678,59 рубля;

- коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (за исключением медицинской реабилитации) к базовой ставке установлен в размере 0,6632755;

- базовая ставка финансирования медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара по КСГ, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, без учета коэффициента дифференциации установлена в размере 16 614,05 рубля, с учетом коэффициента дифференциации установлена в размере 18 358,53 рубля. Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости медицинской помощи в условиях дневного стационара;

- средняя стоимость законченного случая лечения, включенного в КСГ "Экстракорпоральное оплодотворение", составляет 137 845,62 рубля, в том числе стоимость полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов составляет 177 012,65 рубля;

- перечень групп заболеваний, в том числе КСГ с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ (КЗксг), коэффициентов специфики (КСксг), согласно Приложению № 20;

- коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи (КУСмо), согласно Таблице № 2 Приложения № 18;

- коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) согласно Приложению № 19;

- перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, согласно Приложению № 20;

- перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, согласно Приложению № 20.

77. В части медицинской помощи, оказываемой по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, установлены:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи устанавливается в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объема медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в размере 1 572,86 рубля в год, в том числе в амбулаторных условиях – 903,80 рубля в год, в условиях круглосуточного стационара – 508,46 рубля в год, в условиях дневного стационара – 160,60 рубля в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлен в размере 2 973,40 рубля в год;

- тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение/комплексное посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации определенных групп взрослого населения, диспансеризации отдельных групп детского населения, профилактические медицинские осмотры отдельных групп населения, в том числе проводимые с участием мобильной медицинской бригады, диспансерного наблюдения, медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установлены Приложениями № 9 – 15, 21 к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи представлены в Приложении № 7.

78. В части скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установлены:

- средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в части скорой помощи вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных ТП ОМС, в размере 1020,56 рубля в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлен в размере 900,79 рубля;

- коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования, представлены в Приложении № 22.

79. Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи (БНФоб (вызов)) установлен в размере 3 634,23 рубля.

Тариф на оплату медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи, в том

числе лицам, застрахованным за пределами Омской области, установлен в размере 3 614,70 рубля. Тариф на оплату медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Омской области, с проведением процедуры медикаментозного тромболизиса установлен в размере 81 123,95 рубля.

80. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа составляет 6 056,10 рубля. Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа составляет 5 270,50 рубля.

81. Расходование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС, установленной Приложением № 23 к настоящему Тарифному соглашению.

82. Медицинские организации направляют средства, полученные за оказанную медицинскую помощь, на оплату расходов, связанных с предоставлением бесплатной медицинской помощи в системе ОМС, в соответствии с приказом Министерства финансов Российской Федерации, утверждающим Указания о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации в соответствии с перечнем затрат, входящих в структуру тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС Омской области, по следующим статьям и подстатьям расходов классификации операций сектора государственного управления:

а) на заработную плату, начисления на оплату труда и прочие выплаты, в том числе выплаты стимулирующего характера, включая денежные выплаты:

- 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, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

б) на приобретение лекарственных средств и расходных материалов, медицинского инструментария, реактивов и химикатов (далее - медикаменты, перевязочные средства и медицинский инструментарий);

в) на приобретение мягкого инвентаря;

г) на приобретение продуктов питания. Расходы на приобретение продуктов питания могут осуществляться в условиях круглосуточного стационара пациентам всех возрастов. Расходы на осуществление бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов учитываются по данной статье расходов;

д) на приобретение прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других медицинских организациях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и

диагностического оборудования), расходы по оплате организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации);

е) на оплату услуг связи, транспортных и коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, прочие расходы;

ж) приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу;

з) социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации.

4. 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

83. За нарушения, выявленные при проведении контроля объемов и качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинские организации несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации, условиями договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

84. Перечень оснований и значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также для определения размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, согласно Приложению № 28 к настоящему Тарифному соглашению.

Расчет штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества осуществляется в соответствии с пунктом 155 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н.

Для расчета штрафа применяются подушевые нормативы, установленные на год, в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой в размере 6 660,62 рублей;

2) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой в размере 1 053,93 рубля;

3) при оказании медицинской помощи в условиях стационара - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой в размере 7 566,37 рубля;

4) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный Территориальной программой в размере 1 947,09 рубля.

5. Заключительные положения

85. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2023 года и действует по 31 декабря 2023 года.

86. Все приложения Тарифного соглашения являются его неотъемлемой частью.

87. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения в следующих случаях:

а) при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Омской области, в части включения (исключения) медицинских организаций;

б) при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями;

в) при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

г) при внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н "Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения", приводящих к изменению структуры и содержания тарифного соглашения;

д) при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

е) при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти Омской области решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

88. Внесение изменений в Тарифное соглашение осуществляется путем заключения дополнительного соглашения к Тарифному соглашению, которое является его неотъемлемой частью.

89. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров (с учетом дневных стационаров всех типов), осуществляется в соответствии с Тарифным соглашением, действующим на дату выписки пациента. Возраст пациента для определения тарифа принимается по состоянию на дату начала лечения.

Оплата оказанной медицинской помощи в амбулаторных условиях осуществляется по тарифам, действующим на дату окончания случая. Возраст пациента для определения тарифа принимается по состоянию на дату начала страхового случая.

При формировании реестров на оплату медицинской помощи медицинские организации руководствуются приказом Федерального фонда ОМС от 7 апреля 2011 года № 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования".

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной

застрахованному лицу, в части заполнения сведений о медицинской помощи, оплачиваемой по подушевому нормативу финансирования, медицинская организация в поле реестра sumV указывает "0". В поле TARIF в блоке "Сведения о законченном случае" указывается тариф или стоимость законченного случая лечения согласно Тарифному соглашению.

90. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах утвержденных объемов медицинской помощи и финансирования в установленном законодательством порядке.

Ежемесячный объем финансирования медицинской организации по видам и условиям оказания медицинской помощи в соответствии с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь (в том числе исправленных реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в предыдущем периоде), предъявленных к оплате в ТФОМС Омской области не может превышать значение, рассчитываемое по формуле:

$$ОФ_м = \frac{ГО_ф}{12} * М - ФО_ф, \text{ где:}$$

$ГО_ф$ - годовой объем финансирования, утвержденный планом-заданием медицинской организации;

$ФО_ф$ - объем финансирования медицинской организации, принятый к оплате с начала года (без учета межучрежденческих расчетов);

М - количество месяцев с начала года до отчетного периода (включительно).

Данная формула применяется к расчету ежемесячного объема финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, за исключением ЭКО и вызовов с применением процедуры тромболизиса. Общий объем финансирования на проведение ЭКО и вызовов с применением процедуры тромболизиса в соответствии с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь, предъявленных к оплате в ТФОМС Омской области, не может превышать годовой объем финансирования, утвержденный планом-заданием медицинской организации.

Ежемесячный объем оказанной медицинской помощи по видам и условиям оказания медицинской помощи в соответствии с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь (в том числе исправленных реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в предыдущем периоде), предъявленных к оплате в ТФОМС Омской области не может превышать значение, рассчитываемое по формуле:

$$ОМП_м = \frac{ГО_{мп}}{12} * М - ФО_{мп}, \text{ где:}$$

$ГО_{мп}$ - годовой объем медицинской помощи, утвержденный планом-заданием медицинской организации;

$ФО_{мп}$ - фактически выполненный медицинской организацией объем медицинской помощи, принятый к оплате с начала года (без учета межучрежденческих расчетов);

М - количество месяцев с начала года до отчетного периода (включительно).

Расчетный показатель ежемесячного объема оказанной медицинской помощи по видам и условиям оказания, подлежащего оплате, округляется по правилам математики до целого числа.

Данная формула применяется к расчету ежемесячного объема медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания, за исключением ЭКО и вызовов с применением процедуры тромболизиса. Общий объем выполненных случаев ЭКО и вызовов с применением процедуры тромболизиса, подлежащих оплате, не может превышать годовой объем медицинской помощи, утвержденный планом-заданием медицинской организации.

Отклоненные от оплаты по причине превышения объемов предоставления и (или) финансового обеспечения медицинской помощи, установленных решением Комиссии, реестры счетов за оказанную медицинскую помощь в предыдущем периоде повторно представляются в ТФОМС Омской области при установлении решением Комиссии объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи по видам и условиям оказания и принимаются к оплате с учетом результатов медико-экономического контроля в рамках установленных по указанным реестрам счетов объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи по видам и условиям оказания.

При принятии решения об установлении объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи по видам и условиям оказания с целью повторного представления медицинской организацией в ТФОМС Омской области реестров счетов, отклоненных от оплаты по причине превышения объемов, установленных решением Комиссии, Комиссия руководствуется предложениями МО, поданными в Комиссию по установленной форме, с учетом фактически выполненных объемов и финансирования медицинской помощи по видам и условиям оказания.

Решением Комиссии положения данного пункта могут не распространяться на медицинские организации, в отношении которых осуществляется реорганизация юридического лица (слияние, присоединение, разделение, выделение, преобразование).

91. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проведенного в соответствии порядком, установленным в соответствии с пунктом 9.2 части 1 статьи 7 Федерального закона № 326-ФЗ.

92. Тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС включают затраты на лекарственные препараты, изделия медицинского назначения и медицинский инструментарий:

- по соответствующему профилю стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи - лекарственные препараты и изделия медицинского назначения в соответствии с действующими нормативными документами и перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и расходных материалов, применяемых при оказании медицинской помощи в рамках ТП ОМС;

- по амбулаторно-поликлинической помощи - лекарственное обеспечение пациентов при оказании неотложной помощи; лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, расходные материалы, необходимые для обеспечения деятельности лечебно-диагностического процесса;

- по стоматологической помощи - лекарственное обеспечение пациентов при оказании неотложной помощи; лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, пломбировочные и другие расходные материалы, необходимые для оказания стоматологической помощи в рамках ТП ОМС.

93. Расходование средств ОМС медицинской организацией на цели, не предусмотренные настоящим Тарифным соглашением, является нецелевым использованием средств ОМС, в том числе:

- направление средств ОМС на возмещение расходов по видам медицинской помощи, не включенным в ТП ОМС, а также по медицинской помощи, финансирование которой предусмотрено из других источников;

- направление средств ОМС на возмещение расходов по медицинским услугам, не предусмотренным лицензией медицинской организации;

- направление средств ОМС на возмещение расходов, подлежащих оплате из средств бюджетов соответствующих уровней;

- направление средств ОМС на возмещение расходов, не включенных в состав тарифов на медицинские услуги в системе ОМС;

- направление средств ОМС на цели, не предусмотренные условиями договора между страховой медицинской организацией и медицинской организацией;

- необоснованное получение медицинскими организациями средств ОМС;

- оплата собственных обязательств медицинских организаций, не связанных с деятельностью по ОМС;

- расходование средств ОМС на иные цели, не соответствующие условиям их предоставления.

94. При установлении ТФОМС Омской области фактов нецелевого расходования средств ОМС медицинской организацией медицинская организация в соответствии с требованием ТФОМС Омской области обязана восстановить эти средства в рамках действующего законодательства.

95. Медицинские организации ведут раздельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации ведут раздельный учет медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, стационарных условиях, в условиях дневного стационара и 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).

Медицинские организации ведут раздельный учет посещений с профилактической целью (посещение центра здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения, диспансерным наблюдением, профилактическим осмотром), посещений с иными целями, разовых посещений в связи с заболеванием, неотложной медицинской помощи и обращений по поводу заболеваний.

Медицинские организации ведут раздельный учет комплексных посещений с профилактической целью в центрах здоровья, в связи с диспансеризацией определенных групп населения (1 этап) и медицинскими осмотрами.

Медицинские организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, ведут раздельный учет вызовов специализированных выездных бригад, врачебных общепрофильных выездных бригад, фельдшерских общепрофильных выездных бригад.

96. ТФОМС Омской области ежемесячно проводит мониторинг выполнения объемов и стоимости медицинской помощи, о результатах которого уведомляет председателя Комиссии в разрезе видов и условий предоставления медицинской помощи.

97. Неотъемлемыми приложениями Тарифного соглашения являются:

Приложение № 1 "Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 2 "Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 3 "Перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 4 "Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, порядок расчета значений показателей результативности деятельности медицинских организаций и порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц, за достижение значений показателей результативности деятельности медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области в 2023 году";

Приложение № 5 "Перечень медицинских организаций с указанием показателей результативности деятельности в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 6 "Коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи (ФДПн), оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 7 "Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, предоставляемой указанными медицинскими организациями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 8 "Фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи ($ФДПн_{общ}$), фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования в условиях круглосуточного и дневного стационаров, а также при оказании медицинской помощи в неотложной форме и по специальностям "акушерство и гинекология", "аллергология и иммунология", "стоматология" (в том числе зубные врачи) в амбулаторных условиях с профилактической целью и в связи с заболеваниями ($ФДПн_2$), фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, предоставляемой указанными медицинскими организациями ($ФДПн_1$), в рамках территориальной программы

обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 9 "Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, в том числе оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов";

Приложение № 10 "Тарифы на лечебно-диагностические услуги (исследования) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, и оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов";

Приложение № 11 "Тарифы на оплату медицинской помощи по специальности "Стоматология" в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 12 "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, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 13 "Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 14 "Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой по поводу заболевания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области, и оплаты медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов";

Приложение № 15 "Коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам для расчета услуг диализа в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 16 "Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара с учетом коэффициентов относительной затратоемкости (КЗксг), коэффициентов специфики КСГ (КСксг), перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, перечень КСГ, при оплате по которым коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации не применяется, перечень КСГ, для которых установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости случая лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской

области";

Приложение № 17 "Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 18 "Коэффициенты подуровня медицинских организаций (КУСмо), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 19 " Перечень случаев, для которых установлены коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) ";

Приложение № 20 " Перечень КСГ в условиях дневного стационара с учетом коэффициентов относительной затратоемкости (КЗксг), коэффициентов специфики КСГ (КСксг), а также перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, перечень КСГ, для которых установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости случая лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области ";

Приложение № 21 "Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях при проведении диспансерного наблюдения и медицинской реабилитации в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 22 "Коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (ФДПн), в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 23 "Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 24 "Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 25 "Диапазоны численности обслуживаемого населения, размеры финансового обеспечения и коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые при расчете финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 26 "Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 27 "Перечень медицинских организаций, для которых применяется коэффициент 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 в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год";

Приложение № 28 "Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества".

Подписи представителей сторон:

от уполномоченного органа исполнительной власти Омской области:

Министр здравоохранения Омской области

_____ А.Г. Мураховский

Руководитель департамента экономики и финансов Министерства здравоохранения Омской области

_____ С.Н. Мальцев

от территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области:

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области

_____ В.И. Спинов

Заместитель начальника финансово-экономического управления территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области

_____ С.А. Стасенко

от страховых медицинских организаций:

Директор Омского филиала общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования-ОМС»

_____ А.А. Комаров

Директор Омского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

_____ М.Г. Тиванов

от медицинских профессиональных некоммерческих организаций (ассоциаций):

Председатель Омской региональной общественной организации «Омская региональная Асеоциация врачей»

_____Ю.А. Новиков

Член Омской региональной общественной организации «Омская региональная Ассоциация врачей»

_____А.И. Матешук

от профессиональных союзов медицинских работников:

Председатель Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

_____С.В. Быструшкин

Член президиума Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

_____С.А. Кострубин

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ № 1
к Тарифному соглашению
в системе обязательного медицинского страхования
Омской области на 2023 год от 29 декабря 2022 года (далее - Тарифное соглашение)

г. Омск **«30» января 2023 г.**

Мы, нижеподписавшиеся, полномочные представители органа исполнительной власти Омской области, уполномоченного высшим исполнительным органом государственной власти Омской области, представители территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области, представители страховых медицинских организаций, представители медицинских профессиональных некоммерческих организаций (ассоциаций), профессиональных союзов медицинских работников, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области, утвержденной постановлением Правительства Омской области от 1 февраля 2012 года № 16-п «О мерах по реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ», в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 года № 2497 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», постановлением Правительства Омской области от 28 декабря 2022 года № 790-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2023 год и на плановый период 2024 и 2025 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2020 года № 1397н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 января 2022 года № 11-7/И/2-275 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения:

1) в преамбуле Тарифного соглашения слова «проектом постановления Правительства Российской Федерации» заменить словами «постановлением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 года № 2497»;

2) в абзаце шестом пункта 3 Тарифного соглашения слова «проектом Методических рекомендаций по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования» заменить словами «Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 31-2/И/2-1075 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/749 от 26 января 2023 года»;

3) пункт 8 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«8. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием:

- 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 патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

а) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

б) медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

в) медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

г) отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

д) профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации;

е) диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения;

ж) медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

Финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов осуществляется в соответствии с установленными Территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов, и учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (далее - Приказ № 543н).

Медицинская помощь в рамках школ сахарного диабета оплачивается за единицу объема – комплексное посещение.

Диспансерное наблюдение отдельных категорий граждан из числа взрослого населения проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 марта 2022 № 168н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми". Оплата случаев диспансерного наблюдения осуществляется за комплексное посещение по тарифу согласно Таблице № 1 Приложения № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

Оплата диализа, включающего различные методы, осуществляется за стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных процедур диализа, в рамках одного случая лечения.

Для медицинских организаций, имеющих в структуре мобильные медицинские бригады, устанавливается повышающий коэффициент в размере 1,1 к тарифам на посещения, обращения, медицинские услуги при оказании медицинской помощи мобильными медицинскими бригадами. Стоимость посещения, обращения, медицинской услуги, рассчитанная с применением вышеуказанного коэффициента, округляется по правилам математики до двух знаков после запятой.

Оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой оплачивается в рамках межучрежденческих расчетов через страховые медицинские организации (далее - СМО) по тарифам за услугу согласно Приложению № 26. Консультируемыми медицинскими организациями являются медицинские организации, имеющие прикрепленное население, удержание СМО за оказанные телемедицинские услуги производится с подушевого норматива финансирования МО-заказчика (выплачиваемого за амбулаторную медицинскую помощь, оказанную в связи с заболеванием). Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами Омской области, оплачивается без применения межучрежденческих расчетов.

Диагностические исследования, проводимые в рамках профилактических медицинских осмотров или диспансеризации (1 и 2 этап), не могут осуществляться и оплачиваться в рамках плана-задания, установленного для отдельных диагностических (лабораторных) исследований. В случае отсутствия возможности осуществления части диагностических исследований (указанных в Таблице № 10.2 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению), проводимых в рамках профилактических медицинских осмотров или диспансеризации (1 и 2 этап), в медицинской организации, к которой прикреплено застрахованное лицо, оказание данных диагностических услуг может быть проведено в другой медицинской организации и оплачено в рамках взаиморасчетов между медицинскими организациями, на основании заключенных гражданско-правовых договоров.»;

4) в абзаце четырнадцатом пункта 10 Тарифного соглашения:

- точку заменить точкой с запятой;

- дополнить абзацем пятнадцатым следующего содержания:

«- расходов на оплату медицинской помощи в рамках школ сахарного диабета.»;

5) абзац четвертый пункта 23 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований) (за исключением указанных в Таблице № 10.2 Приложения № 10) осуществляется за счет средств направившей медицинской организации в рамках межучрежденческих расчетов СМО по тарифам в соответствии с Таблицей № 10.1 Приложения № 10 к настоящему Тарифному соглашению, при этом оплата лечебно-диагностических услуг (исследований), указанных в строках 686 - 835 осуществляется только при соблюдении следующих требований: проведение лечебно-диагностических услуг (исследований) в неотложной форме в период оказания медицинской помощи застрахованному лицу в условиях круглосуточного стационара в экстренной или неотложной формах.»;

6) пункт 57 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«57. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своем составе подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, а также медицинскую реабилитацию, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к такой медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе показателей объема медицинской помощи (далее - подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи). При этом из расходов на финансовое обеспечение медицинской помощи в амбулаторных условиях исключаются расходы на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических

исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средства на оплату диспансерного наблюдения, медицинской помощи по медицинской реабилитации и финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов.

Перечень медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи, представлен в Приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.»;

7) в пункте 58 Тарифного соглашения:

- в абзаце седьмом точку заменить точкой с запятой;

- дополнить абзацем восьмым следующего содержания:

«- расходов на оплату диализа.»;

8) пункт 65 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«65. Обслуживаемым населением считаются граждане, застрахованные на территории Омской области.

Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу финансирования, осуществляется ежемесячно на основе среднемесячной численности застрахованного населения по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц за отчетный месяц.»;

9) в абзаце четвертом пункта 73 Тарифного соглашения после слов «медицинская реабилитация» дополнить словами «, а также в рамках школ сахарного диабета»;

10) в подпункте ж пункта 82 Тарифного соглашения:

- точку с запятой заменить запятой;

- дополнить словами «а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС»;

11) абзац двадцать семь пункта 97 Тарифного соглашения изложить в следующей редакции:

«Приложение № 26 «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, и оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов»;

12) в таблице приложения № 1 «Перечень медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год» к Тарифному соглашению:

- строку 81 изложить в следующей редакции:

81	555501	БУЗОО "Областная клиническая больница"	55010001	Ревматологическое отделение	2	2	3
			55010002	Отделение гематологии и химиотерапии			
			55010004	Гастроэнтерологическое отделение			
			55010005	Отделение эндокринологии			
			55010014	Хирургическое отделение			
			55010015	Хирургическое торакальное отделение			
			55010016	Колопроктологическое отделение			

			55010017	Гинекологическое отделение перинатальный центр			
			55010019	Урологическое отделение			
			55010023	Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей второй этап выхаживания перинатальный центр			
			55010025	Нейрохирургическое отделение региональный сосудистый центр			
			55010026	Кардиохирургическое отделение региональный сосудистый центр			
			55010028	Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, региональный сосудистый центр			

13) таблицу № 2.1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц и не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)», таблицу № 2.5 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и скорую медицинскую помощь, с указанием способов оплаты, применяемых на территории Омской области» приложения № 2 «Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 1 к настоящему Дополнительному соглашению;

14) приложение № 6 «Коэффициенты, применяемые при расчете фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи (ФДПн), оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 2 к настоящему Дополнительному соглашению;

15) приложение № 9 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, в том числе оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов» к Тарифному соглашению дополнить таблицей № 9.16 «Тарифы на оплату комплексных посещений школы сахарного диабета на 2023 год, в том числе оказанных лицам, застрахованным за пределами Омской области» согласно Приложению № 3 к настоящему Дополнительному соглашению;

16) приложение № 10 «Тарифы на лечебно-диагностические услуги (исследования) в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, и оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции

согласно Приложению № 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

17) таблицу приложения № 12 «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, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» к Тарифному соглашению после строки:

B01.003.004.010	Комбинированный эндотрахеальный наркоз	-	28,06

дополнить строкой следующего содержания:

B01.003.004.009	Тотальная внутривенная анестезия	32.47	-

18) приложение № 15 «Коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам для расчета услуг диализа в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

19) в таблице 1 «Коэффициенты подуровня медицинских организаций (КУСмо), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» приложения № 18 «Коэффициенты подуровня медицинских организаций (КУСмо), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» к Тарифному соглашению:

- в разделе «Подуровень 2.1» строку 4 исключить;
- раздел «Подуровень 2.4» дополнить строкой 11 следующего содержания:

11	551704	БУЗОО "Родильный дом № 4"	2.4	1,10

20) приложение № 19 «Перечень случаев, для которых установлены коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 6 к настоящему Дополнительному соглашению;

21) в таблице приложения № 20 «Перечень КСГ в условиях дневного стационара с учетом коэффициентов относительной затратоемкости (КЗксг), коэффициентов специфики КСГ (КСксг), а также перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, перечень КСГ, для которых установлена доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости случая лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» к Тарифному соглашению строку 56 исключить;

22) в приложение № 24 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области» к Тарифному соглашению:

- в таблице:

в строке 7 цифры «122 446» заменить цифрами «122 477»;

в строке 30 цифры «109 413» заменить цифрами «104 235»;

в строке 58:

слова «коленных, плечевых, локтевых и голеностопных суставов» заменить словами «коленных суставов»;

цифры «188 998» заменить цифрами «189 581»;

- после таблицы дополнить сноской 1 следующего содержания:

«[1] Коды по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-й пересмотр), модель пациента, вид и метод лечения, соответствующие каждому виду ВМП, предусмотрены в соответствующем приложении к программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации.»;

- сноске 2:

слова «30 группа – 20 %» заменить словами «30 группа – 25 %»;

слова «58 группа – 20 %» заменить словами «58 группа – 23 %»;

23) приложение № 25 «Диапазоны численности обслуживаемого населения, размеры финансового обеспечения и коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, применяемые при расчете финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 7 к настоящему Дополнительному соглашению;

24) приложение № 26 «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 8 к настоящему Дополнительному соглашению;

25) приложение № 28 «Значения коэффициентов для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно Приложению № 9 к настоящему Дополнительному соглашению.

2. Настоящее Дополнительное соглашение распространяется на правоотношения, возникшие с 1 января 2023 года, за исключением подпункта 15 пункта 1, который распространяется на правоотношения, возникшие с 1 февраля 2023 года. Положения Тарифного соглашения, не затронутые настоящим Дополнительным соглашением, остаются без изменений.

Подписи представителей сторон:

от уполномоченного органа исполнительной власти Омской области:

Министр здравоохранения
Омской области

_____ А.Г. Мураховский

Руководитель департамента экономики и
финансов Министерства
здравоохранения Омской области

_____ С.Н. Мальцев

от территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области:

Директор территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области

_____ В.И. Спинов

Заместитель начальника финансово-экономического управления территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области

_____ С.А. Стасенко

от страховых медицинских организаций:

Директор Омского филиала общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахования-ОМС»

_____ А.А. Комаров

Директор Омского филиала акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»

_____ М.Г. Тиванов

от медицинских профессиональных некоммерческих организаций (ассоциаций):

Председатель Омской региональной общественной организации «Омская региональная Ассоциация врачей»

_____ Ю.А. Новиков

Член Омской региональной общественной организации «Омская региональная Ассоциация врачей»

_____ А.И. Матешук

от профессиональных союзов медицинских работников:

Председатель Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

_____ С.В. Быструшкин

Член президиума Омской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

_____ С.А. Кострубин

Приложение № 5
к Дополнительному соглашению № 1
от "30" января 2023 года
к Тарифному соглашению в системе обязательного
медицинского страхования Омской области на 2023 год
от "29" декабря 2022 год

Приложение № 15
к Тарифному соглашению в системе обязательного
медицинского страхования Омской области на 2023 год
от "29" декабря 2022 года

Коэффициенты
относительной затратоемкости, применяемые к базовым тарифам для расчета услуг диализа в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного и дневного стационаров, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2023 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области

№ п/п	Наименование услуги (КСГ)	Код услуги	Коэффициент относительной затратоемкости	Тариф, руб
Услуги гемодиализа, (базовый тариф 6 056,10 руб.)				
1	Гемодиализ	A18.05.002	1,00	6 056,10
2	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	A18.05.002.002	1,00	6 056,10
3	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	A18.05.002.001	1,05	6 358,91
4	Гемодиафильтрация	A18.05.011	1,08	6 540,59
5	Ультрафильтрация крови	A18.05.004	0,92	5 571,61
6	Гемодиализ интермиттирующий продленный	A18.05.002.003	2,76	16 714,84
7	Гемофильтрация крови	A18.05.003	2,88	17 441,57
8	Ультрафильтрация продленная	A18.05.004.001	2,51	15 200,81
9	Гемодиафильтрация продленная	A18.05.011.001	3,01	18 228,86
10	Гемодиализ продолжительный	A18.05.002.005	5,23	31 673,40
11	Гемофильтрация крови продолжительная	A18.05.003.002	5,48	33 187,43
12	Гемодиафильтрация продолжительная	A18.05.011.002	5,73	34 701,45
Услуги перитонеального диализа, (базовый тариф 5 270,50, руб.)				
13	Перитонеальный диализ	A18.30.001	1,00	5 270,50
14	Перитониальный диализ проточный	A18.30.001.001	4,92	25 930,86
15	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	A18.30.001.002	1,24	6 535,42
16	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	A18.30.001.003	1,09	5 744,85