

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Омской области на 2021 год (далее - Тарифное соглашение)

г. Омск

«28» января 2021 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 28 декабря 2020 года № 2299 "О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов", постановлением Правительства Омской области от 29 декабря 2020 года № 587-п "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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 31 декабря 2020 года № 11-7/И/2-20700 "О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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 финансовых санкций по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС) 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 прикрепившееся 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**», «**Оплата медицинской помощи за услугу**» используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, направленных совместным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 11-7/И/2-20691 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-04/11-51 от 30 декабря 2020 года (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-акушерского пункта (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-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;

- 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 врачом-стоматологом и зубным врачом на терапевтическом, хирургическом приеме.

Прерванный случай лечения - случай лечения в условиях круглосуточного или дневного стационаров при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа. К прерванным также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

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.

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, а также средств на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

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

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

- по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации (используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерий соответствия их требованиям, установленным приказом Минздравсоцразвития России от 15.02.2012 № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (далее – Приказ № 543н).

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 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 медицинскую помощь, оказанную в связи с заболеванием). Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным за пределами Омской области, оплачивается без применения межучрежденческих расчетов, по тарифам за услугу, в соответствии с **Приложением № 26**.

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. Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства на собственную деятельность, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности. Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 99%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) - 1%.

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства (далее - "Бережливая поликлиника"), размер средств на стимулирующие выплаты за выполнение показателей результативности деятельности "Бережливой поликлиники" составляет 1% от средств на финансовое обеспечение по подушевому нормативу медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях за предыдущий год медицинскими организациями, оказывающими первичную медико-санитарную помощь на принципах бережливого производства.

Оценка показателей результативности деятельности "Бережливой поликлиники" осуществляется представителями регионального центра организации первичной медико-санитарной помощи в соответствии с Методическими рекомендациями "Новая модель медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь", утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации от 30.07.2019.

11. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и распределение медицинских организаций по группам в целях оценки результативности деятельности установлены **Приложением № 4** к настоящему Тарифному соглашению. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации производится ежемесячно в соответствии с **Приложением № 5** к настоящему Тарифному соглашению.

12. 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 оказание медицинской помощи в травматологических пунктах;
- расходов на оказание медицинской помощи в центрах здоровья и центрах

амбулаторной онкологической помощи (населению, не прикрепленному к данной медицинской организации);

- 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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.

13. Расчет подушевого финансирования в амбулаторных условиях осуществляется СМО в соответствии с Методическими рекомендациями. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций применяются коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (учитывающие половозрастные коэффициенты дифференциации по структуре прикрепившихся лиц, при этом для групп мужчин и женщин в возрасте 65 лет и старше устанавливается значение половозрастного коэффициента в размере не менее 1,6, коэффициенты уровня (подуровня) оказания медицинской помощи), коэффициенты уровня оказания медицинской помощи, учитывающие объем средств на оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе диспансеризации, коэффициенты дифференциации, применяемые к медицинским организациям, имеющим подразделения, расположенные в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек с учетом расходов на содержание и оплату труда персонала (**Приложение № 6** к настоящему Тарифному соглашению).

14. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется ежемесячно по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 число отчетного месяца.

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**.

15. 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** к настоящему Тарифному соглашению.

16. 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.

17. 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.

18. Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация определенных групп взрослого населения проводятся в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 марта 2019 года № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (далее - приказ № 124н).

Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации взрослого населения считаются выполненными 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.

19. 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 11 апреля 2013 года № 216н "Об утверждении Порядка диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью".

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";

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 23 октября 2020 года № 1144н "Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне" (ГТО) и форм медицинских заключений о допуске к участию физкультурных и спортивных мероприятиях (далее - приказ № 1144н).

20. Оплата диспансеризации определенных групп населения и профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации (указанные в **пунктах 18, 19** настоящего Тарифного соглашения) осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц. Для заполнения реестров счетов тариф определяется согласно **Таблицам № 9.2 – 9.3, 9.9 – 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. Для заполнения реестров счетов 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.

21. Оплата диспансеризации определенных групп населения по итогам проведения второго этапа осуществляется в рамках подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, за оказание отдельных медицинских услуг (осмотр (консультация) врачами-специалистами, обследования), в том числе проведенных с участием мобильной медицинской бригады. Для заполнения реестров счетов тариф определяется согласно **Таблице № 9.8 Приложения № 9.**

22. 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.

23. 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.

Оплата медицинской помощи в центрах амбулаторной онкологической помощи осуществляется застрахованным гражданам, не прикрепленным к данной медицинской организации, за единицу объема - посещение и оплачивается по тарифу в соответствии с **Таблицей № 9.15 Приложения № 9**.

24. 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, 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).

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.

В случае если фактическое выполнение отдельных диагностических (лабораторных) исследований - молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии осуществляется в рамках оказания амбулаторно-поликлинической помощи, а их результаты (описание врача) сформированы в период оказания стационарной помощи данному пациенту, оплата вышеуказанных отдельных диагностических (лабораторных) исследований осуществляется вне зависимости от оплаты стационарной помощи.

25. 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 4,2 УЕТ, одно обращение включает в среднем 9,4 УЕТ.

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

26. 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.

27. 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.

28. При проведении профилактического осмотра врачом или медицинским работником со средним медицинским образованием, ведущим самостоятельный прием, без постановки диагноза и направления 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.

29. 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.

30. 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.

Под обращением по поводу заболевания в амбулаторных условиях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар. Результат обращения отмечается в соответствующих позициях талона амбулаторного пациента только при последнем посещении больного по данному поводу.

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

31. 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).

32. 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 ФАП 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.

33. 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.

34. 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.

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

36. 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):

$$\text{Суд} = \text{БТд} \times \text{КЗд}, \text{ где:}$$

БТд - базовый тариф на оплату гемодиализа/перитонеального диализа;

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

37. 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.

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_МО 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.

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_МО 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

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

39. 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 законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа.

Случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) оплачиваются на основании норматива финансовых затрат, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 года № 2299 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов".

Услуги диализа, включающие различные методы, оплачиваются за услугу, дополнительно к оплате по КСГ в рамках одной госпитализации по тарифам согласно настоящему Тарифному соглашению.

40. 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 затратно-емкости 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 клинко-статистическим группам, относящихся к клинко-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.

41. Отнесение случая к конкретной КСГ осуществляется с учетом поправочных коэффициентов, указанных в **Приложении № 16** к настоящему Тарифному соглашению, в соответствии с расшифровкой КСГ для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, являющейся приложением 8 к Методическим рекомендациям.

42. Процесс отнесения случаев лечения к конкретной КСГ на основании классификационных критериев, которые соответствуют данному случаю, осуществляется в

соответствии с алгоритмом группировки, указанном в Методических рекомендациях. 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**.

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

$$\text{ФОМО} = \sum \text{ССКсг}, \text{ где}$$

ССКсг - стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ.

44. Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССКсг) (кроме ВМП) (за исключением случаев лечения взрослых с применением лекарственной терапии злокачественных новообразований) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$$\text{ССКсг} = \text{НФЗ} \times \text{КП} \times \text{КЗксг} \times \text{КСКсг} \times \text{КУСмо} \times \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

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

КП – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи;

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

КСКсг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

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 в стационарных условиях, установлен **Приложением № 19** к настоящему Тарифному соглашению.

При применении нескольких коэффициентов сложности лечения пациента значения коэффициентов суммируются по формуле:

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

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8.

Стоимость одного случая лечения по КСГ (ССКсг) для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$$\text{ССКсг} = \text{БС} \times \text{КЗксг} \times ((1 - \text{Дзп}) + \text{Дзп} \times \text{КСКсг} \times \text{КУСмо} \times \text{КСЛП} \times \text{КД}), \text{ где:}$$

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях без учета коэффициента дифференциации;

КД - коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 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;

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД) согласно **Таблице № 1 Приложения № 21.**

45. Критерием отнесения случая к сверхдлительному является госпитализация на срок свыше 70 дней, обусловленная медицинскими показаниями.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.075-st19.089), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Сверхдлительные законченные случаи лечения подлежат 100%-й медико-экономической экспертизе, а в случае необходимости - экспертизе качества медицинской помощи, проводимой СМО с целью проверки обоснованности продолжительности госпитализации пациента.

46. В случае перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев. Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Оплата по двум КСГ осуществляется также в следующих случаях лечения в одной медицинской организации по заболеваниям, относящимся к одному классу МКБ:

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;
- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;
- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;
- проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации, или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением;
- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности 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;

- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

При этом если один из двух случаев лечения, оплачиваемых по двум КСГ, является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленными правилами.

По каждому случаю оплаты медицинской помощи по двум КСГ должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

Прерванные случаи лечения подлежат оплате в следующих случаях:

а) если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в **Приложении № 16**), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

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

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

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

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

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

в) при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках данного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, согласно Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились;

г) при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией прерванные случаи подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Перечень КСГ, являющийся исключением, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в **Приложении № 16** к настоящему Тарифному соглашению.

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

47. Оплата процедур диализа осуществляется за услугу и оплачивается дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая лечения. В случае если госпитализация пациента по основному заболеванию и диализ проводятся в 2-х разных медицинских организациях, оплата производится по КСГ основного заболевания для медицинской организации, в которую госпитализирован пациент, и отдельно за проведенную процедуру диализа для медицинской организации, в которой проводится диализ.

48. 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

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

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

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

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

51. Отнесение случая к конкретной КСГ осуществляется с учетом поправочных коэффициентов, указанных в **Приложении № 20** к настоящему Тарифному соглашению, в соответствии с расшифровкой КСГ для медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, являющейся приложением 9 к Методическим рекомендациям.

52. 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**):

$$\text{ФОмо} = \sum \text{ССкскг}, \text{ где}$$

ССкскг - стоимость одного случая медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ.

53. Стоимость одного случая лечения в условиях дневного стационара по КСГ (ССкскг) (за исключением случаев лечения взрослых с применением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$$\text{ССкскг} = \text{НФЗ} \times \text{КП} \times \text{КЗкскг} \times \text{КСкскг} \times \text{КУСмо} \times \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

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

КП – коэффициент приведения при оплате специализированной медицинской помощи;

КЗкскг - коэффициент относительной затратоемкости по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КСкскг – коэффициент специфики КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации в условиях дневного стационара, установлен **Таблицей № 2 Приложения № 18** к настоящему Тарифному соглашению;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневного стационара, установлен **Приложением № 19** к настоящему Тарифному соглашению.

Стоимость одного случая лечения по КСГ (ССкскг) для случаев лекарственной терапии взрослых со злокачественными новообразованиями определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$СС_{кsg} = БС \times КЗ_{кsg} \times ((1 - Дзп) + Дзп \times КС_{кsg} \times КУСмо \times КСЛП \times КД)$, где:

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара без учета коэффициента дифференциации;

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

Дзп – доля заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ (устанавливаемое на федеральном уровне значение, к которому применяется КД) согласно **Таблице № 2 Приложения № 21**.

54. 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.

55. Прерванные случаи лечения подлежат оплате в следующих случаях:

а) если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, представлен в **Приложении № 20**), являющиеся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 100% от стоимости КСГ;

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

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 80% от стоимости КСГ;

в) при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту в возрасте 18 лет и старше:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках данного случая соответствует количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, согласно Методическим рекомендациям, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ;

- в случае, если фактическое количество дней введения меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, оплата осуществляется аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились;

г) при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией прерванные случаи подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

Перечень КСГ, являющийся исключением, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, представлен в **Приложении № 20** к настоящему Тарифному соглашению.

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

56. Положения **пункта 55** не распространяются на случаи оплаты процедур ЭКО.

57. При переводе пациента 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 оплачивается в соответствии с правилами, установленными для прерванных случаев.

Если перевод производится в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ 10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты. Данные законченные случаи подлежат медико-экономической экспертизе, а в случае необходимости - экспертизе качества медицинской помощи, проводимой СМО с целью подтверждения обоснованности перевода пациента в круглосуточный стационар.

58. 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).

59. 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) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования);

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

- по нормативу финансирования структурного подразделения 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.

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

- расходов на финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов;

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

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** к настоящему Тарифному соглашению.

61. Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (ПН баз₁), дифференцированные подушевые нормативы (ДПн i₁), а также фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования (ФДПн i₁) для медицинских организаций, представленные в **Приложении № 6** к настоящему Тарифному соглашению, рассчитываются в соответствии с **разделом 2.1.** настоящего Тарифного соглашения.

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 баз₂) рассчитывается по формуле:

$$\text{ПН баз}_2 = \text{ОС}_2 / \text{Ч}_3, \text{ где:}$$

ОС₂ – 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;

Ч₃ – 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 i₂), представленные в **Приложении № 7** к настоящему Тарифному соглашению, рассчитываются по формуле:

$$\text{ДПн } i_2 = \text{ПН баз}_2 \times \text{КСмо}_{i2}, \text{ где:}$$

КСмо_{i2} – 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:

$$\text{ФДПн } i_2 = \text{ДПн } i_2 \times \text{ПК}_2, \text{ где:}$$

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.

$$\text{ПК}_2 = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ2}} \times \text{Ч}_3}{\sum_i (\text{ДПн}_{i2} \times \text{Ч}_{3i})}$$

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

$$\text{ФДПн } i_{\text{общ}} = \text{ФДПн } i_1 + \text{ФДПн } i_2.$$

Размер финансового обеспечения медицинской организации по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи (ОС ппдн) определяется по формуле:

$$\text{ОС ппдн } i = \text{ФДПн } i_{\text{общ}} \times \text{Ч}_{3i}, \text{ где}$$

Ч_{3i} – численность застрахованного населения, прикрепленного к медицинской организации.

62. Дифференцированный подушевой норматив финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи медицинских организаций включает в себя средства на собственную деятельность, а также средства, направляемые на выплаты медицинским организациям в случае достижения целевых значений показателей результативности деятельности. Доля основной части дифференцированного подушевого норматива составляет 99%, стимулирующей части (за выполнение показателей результативности деятельности) – 1%. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и распределение медицинских организаций по группам в целях оценки результативности деятельности установлены **Приложением № 4** к настоящему Тарифному соглашению. Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации производится в соответствии с **Приложением № 5** к настоящему Тарифному соглашению.

63. Оплата медицинской помощи в медицинских организациях, финансируемых по подушевому нормативу финансирования по всем видам и условиям оказания медицинской помощи осуществляется ежемесячно, согласно данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 число отчетного месяца.

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

64. 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 **Приложению № 9, 10, 11, 13, 14** 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.

65. Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований) в соответствии с **пунктами 24, 37** настоящего Тарифного соглашения.

2.5. Оплата скорой медицинской помощи

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

67. 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 в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС, осуществляется за единицу объема (вызов).

68. 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.

69. 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 с применением тромболитической терапии;
- расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

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

71. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, применяются коэффициенты специфики оказания скорой медицинской помощи, рассчитанные в соответствии с Методическими рекомендациями, значение которых представлены в **Приложении № 22** к настоящему Тарифному соглашению.

72. 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

73. 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 2020 года № 2336-ОЗ "О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 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.

74. 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.

75. 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".

76. 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 3 858,63 рублей в год;

- коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования установлен в размере 0,3459160;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (ПН баз₁) установлен в размере 1 793,86 рублей в год;

- тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, 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, согласно **Приложениям № 9 – 15** к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (учитывающие половозрастной состав населения, коэффициенты подуровня медицинской организации) представлены в **Приложении № 6** к настоящему Тарифному соглашению.

77. 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 6 000,79 рублей в год;

- норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи установлен в размере 39 875,60 рублей;

- коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,6502004.

- 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 23 463,47 рублей, с учетом коэффициента дифференциации установлена в размере 25 927,13 рублей. 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**;

- поправочные коэффициенты для оплаты КСГ, в том числе 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**.

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

79. 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 1 314,65 рублей в год;

- норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи установлен в размере 24 466,60 рублей;

- коэффициент приведения среднего норматива финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи к базовой ставке установлен в размере 0,6006774.

- 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 13 300,03 рублей, с учетом коэффициента дифференциации установлена в размере 14 696,53 рублей. 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 138 212,49 рублей, в том числе стоимость полного цикла экстракорпорального оплодотворения без применения криоконсервации эмбрионов составляет 138 000,45 рублей;

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

- поправочные коэффициенты для оплаты КСГ, в том числе 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**.

80. 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 1 938,89 рублей в год, в том числе в амбулаторных условиях – 1 327,21 рублей в год, в условиях круглосуточного стационара – 448,71 рублей в год, в условиях дневного стационара – 162,97 рубля в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (ПН баз2) установлен в размере 2 821,88 рубль в год;

- тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, 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, согласно **Приложениям № 9 - 15** к настоящему Тарифному соглашению;

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (учитывающие половозрастной состав населения, коэффициенты подуровня медицинской организации) представлены в **Приложении № 7**.

81. 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 851,49 рубль в год;

- коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования установлен в размере 0,996947;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлен в размере 848,89 рублей;

- коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (учитывающие половозрастной состав населения, плотность населения, достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения) представлены в **Приложении № 22**.

82. Базовый норматив финансовых затрат на оплату медицинской помощи, оплачиваемой за вызов скорой медицинской помощи (БНФоб (вызов)) установлен в размере 2 998,30 рублей. Коэффициент, применяемый к БНФоб (вызов) для определения стоимости вызова скорой медицинской помощи установлен в размере 0,994820.

Тариф на оплату медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Омской области, установлен в размере 2 982,77 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.

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

84. 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.

85. 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

86. 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.

87. Перечень оснований и размер санкций для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе 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 149 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н.

Для расчета штрафа применяются подушевые нормативы в зависимости от условий оказания медицинской помощи:

1) при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный **абзацем четвертым пункта 76** настоящего Тарифного соглашения;

2) при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи по всем видам и условиям ее оказания - подушевой норматив финансирования медицинской помощи, установленный **абзацем третьим пункта 80** настоящего Тарифного соглашения;

3) при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, установленный **абзацем четвертым пункта 81** настоящего Тарифного соглашения;

4) при оказании медицинской помощи в условиях стационара - подушевой норматив финансирования, установленный **строкой 22 приложения № 8** к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов;

5) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара - подушевой норматив финансирования, установленный **строкой 23 приложения № 8** к Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов.

5. Заключительные положения

88. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2021 года и действует по 31 декабря 2021 года.

89. Все приложения Тарифного соглашения являются его неотъемлемой частью.

90. Перераспределение объемов медицинской помощи и финансирования между кварталами осуществляется на основании обращения медицинской организации в Комиссию.

ТФОМС Омской области, учитывая объемы оказания медицинской помощи за отчетный период и применяя коэффициент потребления медицинской помощи застрахованными той или иной СМО, ежемесячно осуществляет оперативную корректировку объемов предоставления медицинской помощи и финансирования в рамках одной медицинской организации между СМО и направляет материалы в Комиссию в установленном порядке.

91. 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", приводящие 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.

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

93. 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.

94. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах утвержденных объемов медицинской помощи и финансирования в установленном законодательством порядке. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, осуществляется в пределах утвержденных квартальных объемов медицинской помощи и финансирования в установленном законодательством порядке нарастающим итогом (суммирование объемов медицинской помощи и финансирования отчетного периода (квартал) и предыдущих периодов). Ежемесячный объем финансирования медицинской организации по видам и условиям оказания медицинской помощи в соответствии с реестрами счетов за оказанную медицинскую помощь, предъявленных к оплате в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, не может превышать 1/3 от установленного данной медицинской организации объема финансирования на соответствующий квартал, утвержденного планом-заданием (без учета невыполненных объемов финансирования

предыдущих периодов и объемов медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем по направлениям МО-заказчиков).

Ежемесячный объем оказанной медицинской помощи, подлежащий оплате, не может превышать 1/3 от установленного данной медицинской организацией объема медицинской помощи на соответствующий квартал, в соответствии с утвержденным планом-заданием (без учета непрофинансированных объемов медицинской помощи предыдущих периодов и объемов финансирования медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем по направлениям МО-заказчиков).

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

95. 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.

96. 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.

97. 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.

98. 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.

99. Медицинские организации ведут отдельный учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации ведут отдельный 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 отдельный 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 отдельный 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 отдельный учет вызовов специализированных выездных бригад, врачебных общепрофильных выездных бригад, фельдшерских общепрофильных выездных бригад.

100. 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.

101. 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 2021 год";

Приложение № 2 "Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 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 2021 год";

Приложение № 4 "Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и распределение медицинских организаций по группам в целях оценки результативности деятельности в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 год";

Приложение № 5 "Порядок осуществления выплат медицинским организациям, имеющим прикрепленное население, за достижение целевых показателей результативности деятельности медицинской организации в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 год";

Приложение № 6 "Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, коэффициенты уровня, учитывающие средства, направленные на оплату профилактических мероприятий, в том числе диспансеризацию, коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, ПГТ и малых городах с численностью до 50 тысяч человек и расходов на их содержание и оплату труда персонала,

гражданам, застрахованным за пределами Омской области";

Приложение № 25 "Диапазоны численности обсуживаемого 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 2021 год";

Приложение № 26 "Тарифы на оплату медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 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 2021 год";

Приложение № 28 "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, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2021 год".

Подписи представителей сторон:

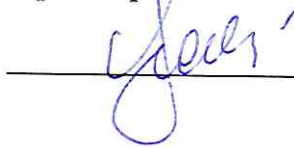
от уполномоченного органа исполнительной власти Омской области:

Министр здравоохранения
Омской области



А.Г. Мураховский

Руководитель департамента экономики и
финансов Министерства
здравоохранения Омской области



С.Н. Мальцев

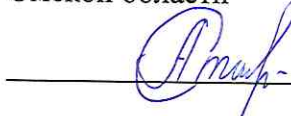
**от территориального фонда обязательного медицинского страхования
Омской области:**

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

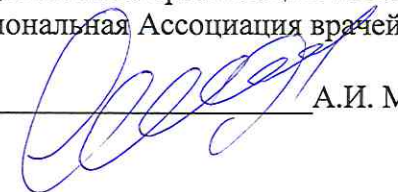
**от медицинских профессиональных некоммерческих
организаций (ассоциаций):**

Председатель Омской региональной
общественной организации «Омская
региональная Ассоциация врачей»



 Ю.А. Новиков

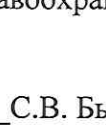
Член Омской региональной
общественной организации «Омская
региональная Ассоциация врачей»

 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