

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
в системе обязательного медицинского страхования
Омской области на 2019 год (далее – Тарифное соглашение)

г. Омск

«28» декабря 2018 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, представители медицинских организаций, являющиеся членами Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области, утвержденной постановлением Правительства Омской области от 1 февраля 2012 года № 16-п, 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 10 декабря 2018 года № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», постановлением Правительства Омской области от 26 декабря 2018 года № 424-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Омской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2018 года № 11-7/10/1-511 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов» 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», «Управленческий коэффициент», «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 № 11-7/10/2-7543 и Федерального фонда обязательного медицинского страхования № 14525/26-1/и от 21 ноября 2018 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:

- посещения в центрах здоровья (комплексный медицинский осмотр, повторное посещение);

- в связи с диспансеризацией определенных групп населения;

- в связи с медицинскими осмотрами (медицинскими обследованиями), подлежащими оплате в рамках ТП ОМС;

- в связи с патронажем;

б) посещения с иными целями, в том числе:

- в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов);

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

в) разовые посещения в связи с заболеванием.

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.

Посещение с иными целями – врачебные посещения в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов) с соответствующей записью в медицинской карте пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях и оформлением талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, а также посещения медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием.

Обращение по поводу заболевания – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания.

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.

Законченный случай лечения заболевания в условиях стационара и в условиях дневного стационара – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в условиях стационара в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выписки.

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.

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 с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, 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, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Омской области, на территории которой выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- за процедуру диализа, включающую различные методы, оплата осуществляется за стоимость услуги с учетом количества фактически выполненных процедур диализа, в рамках одного случая лечения.

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%.

11. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, критерии их оценки и распределение медицинских организаций по группам в целях оценки результативности деятельности установлены **Приложением № 3** 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 № 4** к настоящему Тарифному соглашению.

12. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования не учитываются следующие расходы:

а) на оплату медицинской помощи:

- по специальности «акушерство и гинекология»;
- по специальности «стоматология» (в том числе зубные врачи);
- в травматологических пунктах;
- в центрах здоровья;
- в неотложной форме;

- с профилактической целью и в связи с заболеваниями в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения;

б) по проведению всех видов диспансеризации, осмотров, медицинских обследований отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами;

в) на проведение процедур диализа, включающих различные методы в амбулаторных условиях;

г) на проведение лечебно-диагностических услуг (исследований), осуществляемых в рамках реализации ТП ОМС бюджетным учреждением здравоохранения Омской области (далее - БУЗОО) «Клинический диагностический центр»;

д) на медицинскую помощь, оказываемую лицам, застрахованным на территории Омской области, за пределами Омской области.

13. Расчет подушевого финансирования в амбулаторных условиях осуществляется страховыми медицинскими организациями (далее - СМО) в соответствии с Методическими рекомендациями. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций применяются половозрастные коэффициенты дифференциации по структуре прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание фельдшерско-акушерских и

фельдшерских пунктов в составе медицинской организации, коэффициенты дифференциации, учитывающие плотность населения Омской области, коэффициенты дифференциации, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, а также дифференцированные подушевые нормативы для однородных групп медицинских организаций (**Приложение № 5** к настоящему Тарифному соглашению).

14. Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, на одно застрахованное лицо ежемесячно, согласно распределению прикрепленного застрахованного населения по ОМС в разрезе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь на территории Омской области на 2019 год (**Таблица № 6.1 Приложения № 6** к настоящему Тарифному соглашению).

15. Численность застрахованного населения Омской области, прикрепленного к медицинским организациям, формируется в разрезе медицинских организаций по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 октября 2018 года, в течение 2019 года корректируется по мере необходимости, но не реже чем раз в полугодие в соответствии с информацией территориального фонда ОМС Омской области (далее - ТФОМС Омской области).

16. Оплата медицинской помощи для медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) согласно **Таблице № 7.1 Приложения № 7, Приложению № 9 и Приложению № 12** к настоящему Тарифному соглашению.

17. 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.

18. Посещения (обращения) к врачам-специалистам по специальностям «акушерство и гинекология», «стоматология», а также зубным врачам и обращения в травматологический пункт оплачиваются за каждое посещение (обращение) согласно **Таблице № 7.1 Приложения № 7, Приложению № 9 и Приложению № 12** к настоящему Тарифному соглашению в пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием.

19. Диспансеризация определенных групп взрослого населения, в том числе проведенная с участием мобильной медицинской бригады, проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 октября 2017 года № 869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения» (далее - приказ № 869н) по тарифам в соответствии с **Таблицами № 7.2 - 7.7 Приложения № 7** к настоящему Тарифному соглашению.

20. Оплата диспансеризации отдельных групп населения по итогам проведения первого этапа, а также медицинских осмотров отдельных групп населения, в том числе проведенных с участием мобильной медицинской бригады, осуществляется по законченному случаю в соответствии с утвержденными тарифами. В случаях, установленных подпунктом «б» настоящего пункта, оплата диспансеризации определенных групп взрослого населения осуществляется за выполненные осмотры (исследования, мероприятия).

Оплата диспансеризации отдельных групп населения по итогам проведения второго этапа осуществляется за оказание отдельных медицинских услуг (осмотр (консультация) врачами специалистами, обследования), в том числе проведенных с участием мобильной медицинской бригады, в соответствии с утвержденными тарифами. 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)) (далее - врача-терапевта), выполненного в рамках первого этапа диспансеризации.

При проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения в соответствии с приказом № 869н подлежат оплате следующие случаи диспансеризации:

а) первый этап диспансеризации считается завершенным и подлежит оплате по тарифу законченного случая, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина (включая случаи диспансеризации, проведенные по тарифам и с участием мобильной медицинской бригады), в случае выполнения не менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, при этом обязательным является проведение анкетирования и приема (осмотра) врачом-терапевтом;

б) если число осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий, выполненных ранее (до даты начала диспансеризации пациента) и учитываемых при диспансеризации, превышает 15% от объема диспансеризации, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина, а общий объем выполненных в рамках диспансеризации и учтенных осмотров, исследований и иных медицинских мероприятий составляет 85% и более от объема диспансеризации, первый этап диспансеризации отражается в отчете о проведении диспансеризации как завершенный случай, при этом оплате подлежат только выполненные в ходе диспансеризации осмотры (исследования, мероприятия). Обязательным условием является проведение анкетирования и приема (осмотра) врачом-терапевтом;

в) при выполнении в рамках первого этапа диспансеризации менее 85% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, но при этом выполненные осмотры, исследования и иные медицинские мероприятия составляют 85% и более от объема обследования, установленного для профилактического медицинского осмотра, такие случаи учитываются как проведенный гражданину профилактический медицинский осмотр и оплачиваются по тарифу законченного случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения или по тарифу законченного случая профилактического медицинского осмотра взрослого населения при проведении осмотра с участием мобильной медицинской бригады. В этом случае второй этап диспансеризации не может быть начат и не подлежит оплате.

Первый этап диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, считается завершенным и подлежит оплате по тарифу законченного случая, установленного для соответствующего возраста и пола гражданина (включая случаи диспансеризации, проведенные по тарифам и с участием мобильной медицинской бригады), в случае выполнения не менее 100% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина.

В случае выполнения менее 100% от объема диспансеризации, установленного для данного возраста и пола гражданина, первый этап диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, считается завершенным при проведении исследования, и при этом оплате подлежит только выполненное в ходе диспансеризации исследование.

В случае выполнения в ходе первого этапа диспансеризации, проводимой с периодичностью 1 раз в 2 года, только приема (осмотра) врача-терапевта данный случай не отражается в отчетах как завершенный случай и оплачивается в рамках подушевого финансирования.

21. Диспансеризация отдельных групп детского населения, в том числе проведенная с участием мобильной медицинской бригады, проводится по тарифам в соответствии с **Таблицей № 7.8 Приложения № 7** к настоящему Тарифному соглашению по следующим нормативным актам:

- 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».

22. Профилактические медицинские осмотры отдельных групп населения, в том числе проведенные с участием мобильной медицинской бригады, осуществляются по тарифам в соответствии с **Таблицами № 7.9 - 7.12 Приложения № 7** к настоящему Тарифному соглашению 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 1 марта 2016 года № 134н «О Порядке 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» (далее - приказ № 134н);

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 6 декабря 2012 года № 1011н «Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра» (далее - приказ № 1011н).

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 и оплачивается за фактически выполненные осмотры, исследования, процедуры по тарифам согласно **Таблице № 7.14 Приложения № 7** к настоящему Тарифному соглашению.

23. При проведении СМО медико-экономического контроля диспансеризация отдельных групп населения, а также профилактические медицинские осмотры отдельных групп населения (за исключением осмотров, проведенных в соответствии с приказом № 134н), в том числе проведенные с участием мобильной медицинской бригады, учитываются в законченных случаях и объемах посещений с профилактической целью (включая углубленное профилактическое консультирование индивидуальное), за исключением врача-психиатра, врача по спортивной медицине.

При проведении СМО медико-экономического контроля профилактические медицинские осмотры детского населения, проведенные в соответствии с приказом № 134н, учитываются в законченных случаях и при формировании реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи указываются как одно посещение к врачу-педиатру (врачу-педиатру участковому), врачу общей практики (семейному врачу).

В случае отсутствия в медицинской организации, проводящей медицинские осмотры детского населения в соответствии с приказом № 134н, врача-кардиолога медицинская организация направляет пациента в иную медицинскую организацию в рамках межучрежденческих расчетов.

24. 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, осуществляется в соответствии с **Таблицей № 7.13 Приложения № 7** к настоящему Тарифному соглашению.

25. Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований), оказываемых в БУЗОО «Клинический диагностический центр», осуществляется по тарифу за медицинскую услугу (исследование) в пределах стоимости установленных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием.

БУЗОО «Клинический диагностический центр» учет проведенных лечебно-диагностических услуг (исследований) осуществляет 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_МО (код медицинской организации, направившей пациента на исследование).

Оплата за лечебно-диагностические услуги (исследования) БУЗОО «Клинический диагностический центр», в том числе лечебно-диагностические услуги (исследования), оказанные лицам, застрахованным за пределами Омской области, осуществляются по тарифам в соответствии с **Приложением № 8** к настоящему Тарифному соглашению.

Централизованные лабораторные исследования, проведенные на базе БУЗОО «Клинический диагностический центр» согласно разделу «Централизованные лабораторные исследования» **Приложения № 8** к настоящему Тарифному соглашению, для БУЗОО «Городской клинический перинатальный центр», БУЗОО «Родильный дом № 2», БУЗОО «Родильный дом № 4», БУЗОО «Родильный дом № 5», БУЗОО «Клинический родильный дом № 6», БУЗОО «Городская больница № 7», БУЗОО «Госпиталь ветеранов войн», БУЗОО «Клинический кардиологический диспансер», БУЗОО «Городская поликлиника № 8», БУЗОО «Городская поликлиника № 10», а также лабораторные исследования, проводимые при наличии направления от МО-заказчика, имеющего прикрепленное население, при оказании медицинской помощи прикрепленному населению в амбулаторных условиях, оплачиваются в рамках план-задания БУЗОО «Клинический диагностический центр» без применения межучрежденческих расчетов. В случае выдачи направления МО-заказчиком лицу, прикрепленному к иной медицинской организации, централизованные лабораторные исследования оплачиваются за счет средств направившей медицинской организации в рамках межучрежденческих расчетов СМО по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением.

Проведение отдельных видов лечебно-диагностических исследований и прочих лабораторных исследований осуществляется в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения Омской области в рамках плана-задания БУЗОО «Клинический диагностический центр», и оплачивается СМО по тарифам в соответствии с **Приложением № 8** к настоящему Тарифному соглашению без применения межучрежденческих расчетов.

Оплата лечебно-диагностических услуг (исследований), выполненных БУЗОО «Клинический диагностический центр» по направлению МО-заказчика при оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара лицам, застрахованным за пределами Омской области, осуществляется в рамках заключенных договоров между МО-заказчиком и БУЗОО «Клинический диагностический центр» по тарифам в соответствии с **Приложением № 8** к настоящему Тарифному соглашению.

Бактериологические лабораторные исследования на базе БУЗОО «Клинический диагностический центр» согласно подразделу «Бактериологические исследования»

раздела «Централизованные лабораторные исследования», **Приложения № 8** к настоящему Тарифному соглашению оплачиваются в рамках план-задания БУЗОО «Клинический диагностический центр», без применения межучрежденческих расчетов.

26. Оплата стоматологической помощи осуществляется по стоимости 1 УЕТ за каждый случай оказания амбулаторно-поликлинической помощи по специальности «стоматология» по тарифам в соответствии с **Приложением № 9** к настоящему Тарифному соглашению, при этом стоимость случая оказания амбулаторно-поликлинической помощи по стоматологии определяется произведением стоимости 1 УЕТ на количество УЕТ, составляющих каждый случай.

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 № 10** к настоящему Тарифному соглашению.

Одно посещение к стоматологу включает в среднем 3,9 УЕТ, одно обращение включает в среднем 8,5 УЕТ.

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

27. 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 № 11** к настоящему Тарифному соглашению.

28. 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.

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

30. 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.

31. 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 № 12** к настоящему Тарифному соглашению.

32. При учете объемов и формировании реестров счетов по «Обращению по поводу заболевания» необходимо руководствоваться, что к обращениям по поводу заболевания относятся законченные случаи лечения заболевания при следующих исходах:

- выздоровление;
- ремиссия;
- улучшение;
- без перемен;
- ухудшение;
- прерванный случай лечения заболевания (обследования) по инициативе пациента или по инициативе лечащего врача при условии выполнения двух и более посещений.

33. 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.

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

- первичное посещение осуществляется к терапевту или педиатру, а повторное посещение осуществляется к фельдшеру (или врачу общей практики (семейному врачу));
- первичное посещение осуществляется к фельдшеру (или врачу общей практики (семейному врачу), а повторное посещение осуществляется к терапевту или педиатру;
- первичное посещение осуществляется к фельдшеру ФАПа или смотрового кабинета, а повторное посещение осуществляется к врачу-онкологу первичного онкологического кабинета;
- первичное посещение осуществляется к зубному врачу, а повторное посещение осуществляется к стоматологу;
- первичное посещение осуществляется к стоматологу, а повторное посещение осуществляется к зубному врачу.

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

34. 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.

35. 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.

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

37. 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):

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

БТд - базовый тариф на оплату гемодиализа/перитонеального диализа;

КЗд - коэффициент относительной затратоемкости, установлен **Приложением № 13** к настоящему Тарифному соглашению.

38. Межучрежденческие расчеты осуществляются 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) Оплата за проведенные централизованные лабораторные исследования согласно разделу «Централизованные лабораторные исследования» **Приложения № 8** к настоящему Тарифному соглашению на базе БУЗОО «Клинический диагностический центр» при наличии направления от МО-заказчика, не имеющего прикрепленного населения (**Таблица № 2.1 Приложения № 2** к настоящему Тарифному соглашению), а также от МО-заказчиков при оказания медицинской помощи пациентам в условиях круглосуточного и дневного стационаров осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов СМО по тарифам, установленным настоящим Тарифным соглашением. Данное положение не распространяется на медицинские организации, указанные в пункте 25 настоящего Тарифного соглашения.

БУЗОО «Клинический диагностический центр» как МО-исполнитель при поступлении биологического материала от медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения, а также при оказании медицинской помощи пациентам в условиях круглосуточного и дневного стационаров формирует реестры-счета за оказанную медицинскую помощь в рамках межучрежденческих расчетов с указанием вида и условий оказания медицинской помощи. СМО осуществляют проведение медико-экономического контроля поступивших реестров и, на основании данных поля NPR_МО, 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, для которого проведены лабораторные исследования в БУЗОО «Клинический диагностический центр», на финансирование медицинской помощи, оказанной МО-исполнителем.

2) Межучрежденческие расчеты между медицинскими организациями, имеющими прикрепленное население (**Таблица № 2.1 Приложения 2** к настоящему Тарифному

соглашению), 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 медицинской организации, направившей пациента на исследование). 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 «АМВ.1.97.VK» (Посещение с профилактической целью (воен.комис.)) или «АМВ.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 СМО. СМО осуществляют проведение медико-экономического

контроля поступивших реестров и, на основании данных поля NPR_МО, 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

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

40. 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;

- за законченный случай оказания высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП), рассчитанный на основании норматива финансовых затрат, установленного постановлением Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 года №1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;

- за процедуру диализа, включающую различные методы, оплата осуществляется за услугу, применяется дополнительно к оплате по КСГ в рамках одной госпитализации по тарифам согласно настоящему Тарифному соглашению.

41. Распределение медицинских организаций по уровням оказания медицинской помощи произведено на основании приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 18 ноября 2014 года № 200 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», подуровни выделены с учетом сложившихся расходов медицинских организаций на единицу затратно-емкости в соответствии с Методическими рекомендациями.

42. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ с учетом поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с **Приложением № 14** к настоящему Тарифному соглашению и в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев и подходы к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, согласно письму Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 3 декабря 2018 года № 15031/26-1/и, в дополнение к Методическим рекомендациям.

43. При отсутствии хирургических операций и (или) применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к той или иной КСГ осуществляется в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ 10, и КСГ, определенной на основании кода номенклатуры, утвержденной приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 13 октября 2017 года № 804н, осуществляется в соответствии с Инструкцией по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев и подходы к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования. Перечень КСГ, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, для оплаты медицинской помощи представлен в **Приложении № 15**.

44. Объем финансового обеспечения медицинской организации, оказавшей медицинскую помощь в стационарных условиях (ФОмо), определяется как сумма стоимости всех случаев оказания медицинской помощи в отчетном периоде:

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

ССкcg - стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ.

45. Стоимость одного случая лечения в стационаре по КСГ (ССкcg) (кроме ВМП) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$$\text{ССкcg} = \text{БС} * \text{КЗкcg} * \text{КУкcg} * \text{КУСмо} * \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

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

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

КУкcg - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КУСмо - коэффициент подуровня оказания медицинской помощи в медицинской организации, установлен **Приложением № 16** к настоящему Тарифному соглашению.

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, установлен **Приложением № 17** к настоящему Тарифному соглашению.

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

$$\text{КСЛП сумм} = \text{КСЛП1} + (\text{КСЛП2} - 1) + (\text{КСЛП№} - 1)$$

При этом суммарное значение КСЛП при наличии нескольких критериев не может превышать 1,8, за исключением случаев сверхдлительной госпитализации. В случае сочетания факта сверхдлительной госпитализации с другими критериями, рассчитанное значение КСЛП, исходя из длительности госпитализации, прибавляется по аналогичной формуле без ограничения итогового значения.

46. Случаи лечения длительностью более 30 дней, за исключением КСГ, указанных в **пункте 2 Приложения № 17** к настоящему Тарифному соглашению, для которых сверхдлительными являются сроки лечения, превышающие 45 дней.

Правила отнесения случаев к сверхдлительным не распространяются на КСГ, объединяющие случаи проведения лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией (st19.039-st19.055), т.е. указанные случаи не могут считаться сверхдлительными и оплачиваться с применением соответствующего КСЛП.

Значение коэффициента сложности лечения пациента (КСЛП) определяется в зависимости от фактического количества проведенных койко-дней. Стоимость койко-дня для оплаты случаев сверхдлительного пребывания определяется с учетом компенсаций расходов на медикаменты и расходные материалы в профильном отделении.

$$\text{КСЛП} = 1 + \frac{\text{ФКД} - \text{НКД}}{\text{НКД}} \times \text{Кдл}, \text{ где:}$$

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента (значение КСЛП округляется до двух знаков после запятой по правилам математики);

К_{дл} - коэффициент длительности, учитывающий расходы на медикаменты, питание и частично на другие статьи расходов, - 0,3;

ФКД - фактическое количество койко-дней;

НКД - нормативное количество койко-дней (30 дней, за исключением КСГ, для которых установлен срок 45 дней).

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.

47. 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 100%-й оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев. При этом 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 госпитализации пациента в другое отделение.

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;

- дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более (за исключением случаев, представленных в Инструкции) с последующим родоразрешением.

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

Прерванные случаи лечения подлежат оплате в следующих случаях:

- а) если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в **Приложении № 14**), 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 лечение 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 – 100% от стоимости КСГ;

в) при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, 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 лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились;

г) при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

- оплата случаев осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций);

- прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение 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 № 14** к настоящему Тарифному соглашению.

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

48. 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.

49. В круглосуточном стационаре день поступления и день выписки засчитываются за один день и оплачиваются по тарифам, действующим на момент выписки больного.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара

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

51. 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.

52. Отнесение случая лечения к конкретной КСГ с учетом поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с **Приложением № 18** к настоящему Тарифному соглашению.

53. 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:

$$\text{ФОМО} = \sum \text{СС}_{\text{КСГ}}, \text{ где}$$

СС_{КСГ} - стоимость одного случая медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ.

54. Стоимость одного случая медицинской помощи в условиях дневного стационара по КСГ (СС_{КСГ}) определяется по формуле (значение округляется до двух знаков после запятой по правилам математики):

$$\text{СС}_{\text{КСГ}} = \text{БС} * \text{КЗ}_{\text{КСГ}} * \text{КУ}_{\text{КСГ}} * \text{КСЛП}, \text{ где:}$$

БС - базовая ставка финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара;

КЗ_{КСГ} - коэффициент относительной затратноности по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КУ_{КСГ} - управленческий коэффициент по КСГ, к которой отнесен данный случай лечения;

КСЛП - коэффициент сложности лечения пациента, который применяется в рамках проведения вспомогательных репродуктивных технологий методом экстракорпорального оплодотворения (далее - ЭКО).

55. ЭКО, оказываемое за счет средств ОМС, оплачивается по КСГ за фактическое количество законченных случаев лечения, включающих в себя проведение всех этапов процедуры, либо за проведение отдельных этапов процедуры, в соответствии с КСЛП, определенным **Приложением № 19** к настоящему Тарифному соглашению.

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

56. Прерванные случаи лечения подлежат оплате в следующих случаях:

а) если пациенту была выполнена хирургическая операция и (или) проведена тромболитическая терапия (перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию представлен в **Приложении № 18**), 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 лечение 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 – 100% от стоимости КСГ;

в) при проведении лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях:

- в случае, если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, 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 лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились;

г) при проведении лучевой терапии, в том числе в сочетании с лекарственной терапией:

- оплата случаев осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций);
- прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией подлежат оплате аналогично случаям лечения, когда хирургическое лечение 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 № 18** к настоящему Тарифному соглашению.

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

57. Положения пункта 56 не распространяются на случаи оплаты процедур ЭКО.

58. 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 100%-й оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев. При этом 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.

59. 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 скорой медицинской помощи

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

61. 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 пределах стоимости согласованных объемов медицинской помощи, определенных планом-заданием, а также за единицу объема (вызов) вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис ОМС.

62. Обслуживаемым населением считаются застрахованные граждане, прикрепившиеся к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Численность застрахованного населения Омской области, прикрепленного к медицинским организациям, формируется в разрезе медицинских организаций по данным регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 1 октября 2018 года согласно **Таблице № 6.2 Приложения № 6** к настоящему Тарифному соглашению, в течение 2019 года корректируется по мере необходимости, но не реже чем один раз в полугодие в соответствии с информацией ТФОМС Омской области.

63. При расчете подушевого норматива не учитываются средства на оплату:

- лекарственного обеспечения процедуры тромболитика у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда;
- медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами Омской области.

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

65. При расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации по структуре прикрепившихся лиц и коэффициенты дифференциации, учитывающие плотность населения Омской области. Коэффициенты половозрастных затрат, коэффициенты плотности населения и рассчитанные дифференцированные подушевые нормативы финансирования для однородных групп медицинских организаций представлены в **Приложении № 20** к настоящему Тарифному соглашению.

66. 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

67. 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 25 декабря 2018 года №2132-ОЗ «О бюджете территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 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.

68. 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 и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н, и в соответствии с Методическими рекомендациями.

69. 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».

70. 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 4 391,43 рубля в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации установлен в размере 1 683,02

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 № 7 - 13** к настоящему Тарифному соглашению;

- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива согласно **Приложению № 5**.

71. 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 5 989,89 рублей в год;

- 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, установлена в размере 23 043,02 рубля. Базовая ставка может пересматриваться ежеквартально с учетом фактического выполнения утвержденных объемов и стоимости стационарной помощи;

- перечень групп заболеваний, в том числе КСГ с указанием поправочных коэффициентов оплаты КСГ (коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (КЗксг), управленческие коэффициенты (КУксг), согласно **Приложению № 14**;

- 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 № 15**;

- поправочные коэффициенты для оплаты КСГ, в том числе коэффициенты подуровня оказания медицинской помощи (КУСмо), согласно **Приложению № 16**, коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) согласно **Приложению № 17**;

- перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, согласно **Приложению № 14**;

- перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, согласно **Приложению № 14**.

72. Тарифы на оплату ВМП представлены в **Приложении № 27** к настоящему Тарифному соглашению.

73. 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 1 317,26 рублей в год;

- 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, установлена в размере 12 774,19 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 126 309, 88 рублей;

- перечень групп заболеваний, в том числе КСГ с указанием поправочных

коэффициентов оплаты КСГ (коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (КЗкcg), управленческие коэффициенты (КУкcg), согласно **Приложению № 18**;

- поправочные коэффициенты для оплаты КСГ: коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) по вспомогательным репродуктивным технологиям согласно **Приложению № 19**;

- перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, согласно **Приложению № 18**;

- перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, согласно **Приложению № 18**.

74. 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 748,36 рублей в год;

- базовый (средний) подушевой норматив для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи установлен в размере 744,90 рубля;

- половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования согласно **Приложению № 20**.

75. Тариф на оплату медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Омской области, установлен в размере 2 522,51 рубля. Тариф на оплату медицинской помощи за вызов скорой медицинской помощи, в том числе лицам, застрахованным за пределами Омской области, за вызов, с проведением процедуры медикаментозного тромболизиса, установлен в размере 81 123,95 рубля.

76. Базовый тариф на оплату услуг гемодиализа составляет 6 056,1 рублей. Базовый тариф на оплату услуг перитонеального диализа составляет 5270,50 рублей.

77. Расходование средств ОМС медицинскими организациями производится в соответствии со структурой тарифа на оплату медицинской помощи в системе ОМС, установленной **Приложением № 21** к настоящему Тарифному соглашению.

78. 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, а также в условиях дневного стационара при стационаре пациентам до 18 лет, в амбулаторных условиях и за счет средств, полученных от оказания скорой медицинской помощи в части расходов на осуществления бесплатной выдачи работникам, занятым на работах с вредными условиями труда, молока или других равноценных пищевых продуктов;

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

79. 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.

80. 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 № 22** к настоящему Тарифному соглашению.

5. Заключительные положения

81. Тарифное соглашение вступает в силу с 1 января 2019 года и действует по 31 декабря 2019 года.

82. Все приложения Тарифного соглашения являются его неотъемлемой частью.

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

рабочую группу по объемам оказания медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи на 2019 год, созданную при Комиссии.

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.

Изменения в распределении объемов медицинской помощи отражаются в дополнительном соглашении к договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию путем внесения изменений в Приложение №1 к указанному договору.

84. В настоящее Тарифное соглашение могут быть внесены изменения и дополнения, согласованные представителями сторон, подписавших настоящее Тарифное соглашение (далее - Стороны). Все изменения согласуются Сторонами путем подписания дополнительных соглашений к Тарифному соглашению.

85. При наличии у одной из Сторон предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение она направляет свои предложения в адрес Сторон, указанных в настоящем Тарифном соглашении.

Рассмотрение предложений о внесении изменений в Тарифное соглашение рассматривается Сторонами от 2 до 7 календарных дней. В случае согласия с предложениями Стороны подписывают дополнительное соглашение к Тарифному соглашению, в случае несогласия какой-либо из сторон ею предоставляются обоснованные возражения.

86. Индексация тарифов на оплату медицинской помощи в системе ОМС производится на основании изменения объема средств на обязательное медицинское страхование в рамках утвержденного бюджета ТФОМС Омской области на 2019 год. Любая из сторон Тарифного соглашения вправе внести на рассмотрение Комиссии предложение об индексации тарифов.

87. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях стационаров (с учетом дневных стационаров всех типов), осуществляется по тарифам, 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 посещениях (обращениях), оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования, медицинская организация в полях реестра sumv, sum_m, sumv_usl указывает «0». В поле Tarif в блоке «Сведения о случае» указывается тариф согласно тарифному соглашению.

При формировании реестров счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в части заполнения сведений о вызовах скорой помощи, оплачиваемых по подушевому нормативу финансирования, медицинская организация в полях реестра sumv, sum_m, sumv_usl указывает «0». В поле Tarif в блоке «Сведения о случае» указывается тариф согласно тарифному соглашению.

88. 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 страховые медицинские организации, 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 организации 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).

89. Оплата медицинской помощи производится с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проведенного в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» и положений настоящего Тарифного соглашения в части учета результативности.

90. Оплата пребывания в стационаре одного из родителей по уходу за ребенком осуществляется в соответствии с ТП ОМС. Данные расходы предусмотрены в структуре тарифа за законченный случай заболевания.

91. 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, пломбирочные и другие расходные материалы, необходимые для оказания стоматологической помощи в рамках ТП ОМС.

92. 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.

93. 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.

94. 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 и 2 этапов) и медицинскими осмотрами.

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

95. 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.

96. 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 2019 год»;

Приложение № 2 «Перечень медицинских организаций по условиям оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год»;

Приложение № 3 «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 2019 год»;

Приложение № 4 «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 2019 год»;

Приложение № 5 «Половозрастные коэффициенты дифференциации по структуре прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации по уровню расходов на содержание фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов в составе медицинской организации, коэффициенты дифференциации, учитывающие плотность населения Омской области, коэффициенты дифференциации, учитывающие достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, интегрированные коэффициенты дифференциации, дифференцированные подушевые нормативы для однородных групп медицинских организаций, а также относительные коэффициенты половозрастных затрат, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторно-поликлинических условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год»;

Приложение № 6 «Распределение прикрепленного застрахованного населения по обязательному медицинскому страхованию в разрезе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и оказывающих скорую медицинскую помощь на территории Омской области, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год»;

Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой с профилактической и иными целями, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, в том числе оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов»;

Приложение № 8 «Тарифы на лечебно-диагностические услуги (исследования), оказанные в бюджетном учреждении здравоохранения Омской области «Клинический диагностический центр», в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области, и оплату медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов»;

Приложение № 9 «Тарифы на оплату медицинской помощи по специальности «Стоматология» в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 10 «Среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 11 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных

условиях, оказываемой по поводу заболевания, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области, и оплаты медицинской помощи в рамках межучрежденческих расчетов»;

Приложение № 13 «Коэффициенты относительной затратоемкости, применяемые к базовому тарифу для расчета услуг диализа в амбулаторных условиях и в условиях круглосуточного стационара, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 14 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара с учетом поправочных коэффициентов: коэффициента относительной затратоемкости (КЗксг), управленческого коэффициента (КУксг), а также перечень КСГ, к которым не применяется коэффициент подуровня оказания медицинской помощи (КУСмо), перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, перечень КСГ, по которым оплата осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 15 «Перечень КСГ в условиях круглосуточного стационара, в которых не предусмотрена возможность выбора между критерием диагноза и услуги при проведении оперативного лечения, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 16 «Коэффициенты подуровня медицинских организаций (КУСмо), оказывающих медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 17 «Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) по КСГ для оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 18 Перечень КСГ в условиях дневного стационара с учетом поправочных коэффициентов: коэффициента относительной затратоемкости (КЗксг), управленческого коэффициента (КУксг), а также перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, перечень КСГ, по которым оплата медицинской помощи осуществляется в полном объеме при длительности госпитализации 3 дня и менее, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 19 «Коэффициенты сложности лечения пациента (КСЛП) по КСГ для оплаты медицинской помощи в условиях дневного стационара по вспомогательным репродуктивным технологиям в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области»;

Приложение № 20 «Половозрастные коэффициенты дифференциации по

структуре прикрепившихся лиц, коэффициенты дифференциации, учитывающие плотность населения Омской области, интегрированные коэффициенты дифференциации, дифференцированные подушевые нормативы для однородных групп медицинских организаций, а также относительные коэффициенты половозрастных затрат, применяемые при расчете дифференцированных подушевых нормативов при финансировании скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год»;

Приложение № 21 «Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год»;

Приложение № 22 «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 2019 год»;

Приложение № 23 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Омской области на 2019 год, в том числе для оплаты медицинской помощи, оказываемой гражданам, застрахованным за пределами Омской области».

Подписи представителей сторон:

от уполномоченного органа исполнительной власти Омской области:

Министр здравоохранения
Омской области

Заместитель руководителя департамента-
начальник управления формирования
территориальной программы
государственных гарантий и
планирования бюджета департамента
экономики и финансов Министерства
здравоохранения Омской области

_____ Д.М. Вьюшков

_____ С.Н. Мальцев

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

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Омской области

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

_____ В.И. Спинов

_____ С.А. Стасенко

от страховых медицинских организаций:

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

_____ А.А. Комаров

Директор Омского филиала общества с
ограниченной ответственностью
ВТБ Медицинское страхование

_____ М.Г. Тиванов

от медицинских организаций:

Главный врач бюджетного учреждения
здравоохранения Омской области
«Клинический медико-хирургический центр
Министерства здравоохранения Омской
области»

_____ В.Г. Бережной

Главный врач бюджетного учреждения
здравоохранения Омской области
«Городская клиническая больница № 1
имени Кабанова А.Н.»

_____ Г.Ф. Соболев

**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