# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

# **по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красногорск | 28.01.2015 |

**1. Общие положения.**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования разработано и заключено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», постановлением Правительства Московской области от 26.12.2014 №1162/52 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего ТС, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО) в лице Министра здравоохранения Московской области Суслоновой Нины Владимировны,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО) в лице директора Антоновой Галины Александровны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Домникова Анатолия Ивановича,

Некоммерческим партнерством «Врачебная палата Московской области» в лице председателя Правления Лившица Сергея Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – СМО), в лице Мартьяновой Надежды Васильевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

1.2. Предметом настоящего Тарифного соглашения по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Тарифное соглашение, ТС) являются согласованные Сторонами положения по формированию, изменению и применению тарифов на медицинскую помощь, оказываемую медицинскими организациями в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС), распределению объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, порядку оплаты медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, санкциям за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, перечню расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи по Программе ОМС.

1.3. Для целей настоящего Тарифного соглашения используются следующие основные понятия и определения.

**«Медицинская помощь»** – комплекс мероприятий, направленный на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающий в себя предоставление медицинских услуг.

**«Медицинская услуга»** – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

«**Номенклатура медицинских услуг**» (далее – номенклатура медицинских услуг) – представляет собой перечень медицинских услуг, который разделен на два класса: «А» и «B». Класс «A» включает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющие самостоятельное законченное значение. Класс «B» – комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

Номенклатура медицинских услуг утверждена приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27.12.2011 №1664н.

«**Стандарт медицинской помощи»** (далее – СМП) и схема ведения пациентов (далее – схема, СВП) – разрабатываются в соответствии с [номенклатурой](consultantplus://offline/ref=2C5AB53B120E9B69E4C250A4DDDAF592D30506EFE3B2E3C468DCFFF8DFB9F9D0E19E97683B3816F2iAA4J) медицинских услуг и включают в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1) медицинских услуг;

2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;

3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;

4) компонентов крови;

5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;

6) иного, исходя из особенностей заболевания (состояния).

Стандарты медицинской помощи разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, и утверждаются Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее – МЗРФ).

Схемы ведения пациентов разрабатываются в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, и утверждаются МЗМО.

**«Посещение» (с профилактической целью и при оказании медицинской помощи в неотложной форме)**  – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью, которая используется для планирования нормативов объема и финансового обеспечения в рамках Программы ОМС.

«**Неотложная медицинская помощь»** – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, без явных признаков угрозы жизни пациента, отделениями (пунктами) неотложной медицинской помощи.

**«Обращение»** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности).

**«Законченный случай лечения»** – совокупность медицинских услуг в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи по основному заболеванию, предоставленных пациенту в медицинской организации в регламентируемые сроки в виде диагностической, лечебной, реабилитационной и консультативной медицинской помощи, в случае достижения клинического результата от момента поступления до выбытия (выписка, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания), подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата (смерть пациента).

«Законченный случай лечения»– случай лечения, фактическая длительность которого (ДФ) от момента начала лечения до его окончания (выписки, перевода в другую Медицинскую организацию или другое профильное отделение) находится в диапазоне от **минимальной** до **нормативной** средней длительности лечения при условии выполнения объема медицинской помощи, предусмотренного СМП и/или схемой.

**«Прерванный случай»** (далее – Прерванный случай) – случай оказания медицинской помощи с фактической длительностью лечения менее Дмин по СМП и/или схеме (ДФ<Дмин) и невозможностью вследствие этого выполнения стандартизированного объема медицинской помощи.

«**Длительность** **лечения»** (ДС) – нормативная средняя длительность лечения, определенная для СМП и/или схемы.

**«Минимальная длительность** **лечения»** (Дмин) – минимально необходимая длительность лечения,при которой возможно выполнение объема всех обязательных лечебных и диагностических мероприятий по СМП и/или схеме.

«**Законченный случай диспансеризации первого этапа»** (определенных групп взрослого населения) – первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85% от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина (с учетом осмотров врачами-специалистами и исследований, выполненных ранее вне рамок диспансеризации (в течение 12 месяцев, предшествующих месяцу проведения диспансеризации), и отказов гражданина от прохождения отдельных осмотров и исследований, оформленных в установленном порядке), в соответствии с Порядком проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 №1006н.

**«Законченный случай диспансеризации первого этапа»**(определенных категорий детского населения)– первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью считается законченным, в случае проведения осмотров врачами-специалистами и выполнения лабораторных, инструментальных и иных исследований, предусмотренных перечнем исследований в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 №72н (1 этап) и в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2013 №216н (1 этап).

**«Клинико-статистическая группа заболеваний»** (далее – КСГ)– группа заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов).

**«Клинико-профильная группа»** (далее – КПГ)–группа КСГ и (или) отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи (для оплаты объемов медицинской помощи, установленной дополнительно к базовой Программе ОМС).

«**Высокотехнологичная медицинская помощь»** (далее – ВМП) – часть специализированной медицинской помощи, включающая в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

**«Медицинская организация»** – юридическое лицо любой организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой, имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по Московской областной программе обязательного медицинского страхования.

«**Застрахованные лица»**– граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность в соответствии со ст. 13.5 Федерального закона от 25.07.2002 №115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом от 19.02.1993 №4528-1 «О беженцах» [[1]](#footnote-1).

**«Прикрепленные» граждане** – застрахованные лица, принятые на медицинское обслуживание в выбранную в установленном порядке медицинскую организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, включенные в сформированные именные списки.

**«Объем финансовых поступлений по ОМС»** – финансовые средства, полученные медицинской организацией за оказанную медицинскую помощь в рамках Программы ОМС по соответствующим тарифам на основании заключенных со страховыми медицинскими организациями Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и на финансовое обеспечение отдельных мероприятий дополнительной к базовой Программе ОМС на основании заключенных с ТФОМС МО договоров на финансовое обеспечение.

**«Объемными»** называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, полученный медицинской организацией, зависит от количества оказанных застрахованным лицам медицинских услуг и тарифов ОМС, согласованных в установленном порядке.

**«Подушевыми»** называются способы оплаты медицинской помощи, при которых объем финансовых средств, полученный медицинской организацией, зависит от численности и половозрастной структуры «прикрепленных» к медицинской организации граждан и размера «подушевого» тарифа ОМС.

**«Подушевое»** финансирование – способ оплаты медицинской помощи, оказываемой амбулаторно и вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) в зависимости от численности населения, прикрепленного к Медицинской организации.

**«Фондодержание»** – разновидность подушевого способа оплаты медицинской помощи, при котором финансовая ответственность медицинской организации («фондодержателя») за использование полученного объема финансовых средств распространяется на обеспечение своей деятельности в рамках настоящего ТС и оплату медицинской помощи, оказанной «прикрепленным» гражданам в других медицинских организациях при заранее определенных условиях.

«**Нормативные затраты медицинской организации»** – затраты, определяемые на основе нормативных и распорядительных документов федерального уровня (в том числе носящих рекомендательный характер), регламентирующих структуру медицинских организаций (подразделений), их штатную численность, использование материальных запасов (затраты на медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь, приобретение расходных материалов для оргтехники, другие материальные запасы), полностью потребляемых в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), в соответствии с табелем оснащения медицинской организации (ее структурного подразделения) медицинским инструментарием, мягким инвентарем, изделиями медицинского назначения для оказания данного вида медицинской помощи (по профилю), нормами лечебного и профилактического питания.

**Кодификатор медицинских услуг***–*упорядоченный перечень медицинских услуг, оплачиваемых в рамках Программы ОМС, содержащий следующие обязательные данные:

− код медицинской услуги, применяемый в приложениях к ТС, определяющий тариф, используемый при оплате медицинских услуг;

− наименование медицинской услуги;

− единицу измерения и оплаты (посещение, обращение, законченный случай лечения, услуга, вызов и т.д.).

Кодификатор медицинских услуг может содержать дополнительные данные:

− краткое наименование медицинской услуги;

− особенности применения медицинской услуги (возраст, пол, профиль, специальность, вид помощи, условия оказания и т.д.);

− период действия (применения) медицинской услуги;

− другие дополнительные данные, необходимые для организации информационного обмена в системе ОМС Московской области.

Кодификатор медицинских услуг ведется ТФОМС МО и предоставляется всем участникам обязательного медицинского страхования в виде и формате справочника нормативно-справочной информации (далее – НСИ) «Медицинские услуги» для использования в автоматизированных информационных системах (далее – АИС), применяемых в системе ОМС Московской области.

**Кодификатор стандартов**–упорядоченный перечень СМП и схем, оплачиваемых по Программе ОМС и содержащий следующие обязательные данные:

− код СМП и схемы, применяемый в приложениях к ТС, определяющих тарифы;

− наименование СМП и/или схемы;

− единицу учета и оплаты;

− вид медицинской помощи и условия её оказания;

− перечень клинических диагнозов в соответствии с Международной классификацией болезней (далее – МКБ-10);

− минимальную и нормативную длительности СМП и схемы.

Кодификатор стандартов может содержать дополнительные данные:

− краткое наименование СМП и схемы;

− особенности применения СМП и схемы (возраст, пол, рекомендуемые профили и медицинские специальности, вид медицинской помощи, условия оказания и т.д.);

− период действия (применения) СМП и схемы;

− другие дополнительные данные, необходимые для организации информационного обмена в системе ОМС Московской области.

Кодификатор стандартов ведется ТФОМС МО, и передается всем участникам обязательного медицинского страхования в виде и формате справочников НСИ («Медицинские услуги»; «Соответствие стандарта медицинской помощи диагнозу»; «Тарификатор медицинских услуг») для использования в АИС, применяемых в системе ОМС Московской области.

«**Социально-значимые заболевания**» − заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе связанные с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ.

«**Сверхбазовая программа ОМС**» − мероприятия дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Программы ОМС: оказание медицинской помощи при социально-значимых заболеваних, а так же расходы на обеспечение деятельности патологоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области, включенных в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации Программы ОМС, и финансовое обеспечение деятельности службы скорой медицинской помощи при реализации отдельных мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования в рамках Программы ОМС.

«**Трехуровневая система оказания медицинской помощи**» − система организации медицинской помощи в целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи, а также эффективной реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая в себя:

1 уровень – оказание преимущественно первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной и скорой медицинской помощи (в центральных районных больницах, городских районных, участковых больницах, городских поликлиниках, станциях скорой медицинской помощи);

2 уровень – оказание преимущественно специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи в медицинских организациях, имеющих в своей структуре специализированные межмуниципальные (межрайонные) отделения и (или) центры, а также в диспансерах, многопрофильных больницах;

3 уровень – оказание преимущественно специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинских организациях.

«Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) в системе ОМС» (далее – тарифы) – являются денежными суммами, обеспечивающими возмещение расходов медицинских организаций по выполнению Программы ОМС в пределах согласованных объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренного бюджетом ТФОМС МО.

**2. Способы оплаты медицинской помощи.**

2.1. Для оплаты медицинской помощи, оказанной в рамках Программы ОМС, применяются эффективные способы оплаты медицинской помощи, ориентированные на результат. Оплата медицинской помощи в рамках Программы ОМС осуществляется по тарифам, установленным настоящим ТС, в пределах годовых согласованных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения, установленных решением Комиссии по разработке Московской областной программы ОМС (далее – Комиссия), в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности.

В целях оценки эффективных способов оплаты медицинской помощи, оказываемой Медицинской организацией в рамках реализации Программы ОМС, могут проводиться пилотные проекты по их апробации.

2.2. При реализации Программы ОМС применяются способы оплаты медицинской помощи, предусмотренные Московской областной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденной постановлением Правительства Московской области от 26.12.2014 №1162/52:

– при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

– при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, – за законченный случай лечения заболевания, в том числе включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу, клинико-профильную группу);

– при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, – за законченный случай лечения заболевания, в том числе включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистическую группу, клинико-профильную группу);

– при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.3. Оплата медицинской помощи, оказанной амбулаторно, на основе подушевого норматива финансирования применяется для медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования, к врачам-терапевтам участковым, врачам педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам).

В подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой амбулаторно, включаются объемы амбулаторной медицинской помощи, оказываемые врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачам), а также объемы медицинской помощи фельдшерско-акушерских пунктов.

Медицинские организации, независимо от формы собственности, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, реализующие Программу ОМС и имеющие прикрепленное население, финансируются по подушевому принципу.

Объемы медицинской помощи, оказываемые врачами-специалистами, комплексные медицинские услуги, посещения врачей в центры (кабинеты) здоровья, травмпункты и кабинеты неотложной помощи, объемы мероприятий по диспансеризации и профилактических осмотров, исключаются из объемов подушевого финансирования медицинской помощи, оказываемой амбулаторно.

Оплата диспансеризации осуществляется по законченному случаю с учетом этапов проведения (оплата второго этапа – по посещению).

Медицинские организации,осуществляющие консультативные приемы и не имеющие прикрепленного населения, в подушевом финансировании не участвуют.

Оплата консультативных приемов, осуществляющих врачами-специалистами межмуниципальных консультативно-диагностических центров, являющихся структурными подразделениями медицинских организаций, имеющих «прикрепленное» население, осуществляется «объемным» способом.

Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным в системе ОМС за пределами территории Московской области, в подушевой норматив финансирования не включается и оплачивается «объемным» способом.

2.4. Для расчета дифференцированного норматива финансирования амбулаторной помощи определяется размер среднедушевых затрат на одно застрахованное лицо в Московской области без учета возраста и пола:

**Р = З / Ч\*М**, *где* **(1)**

З – затраты на оплату медицинской помощи по включенным в подушевой норматив видам медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период (в рублях);

М – количество месяцев в расчетном периоде;

Ч – численность застрахованных лиц на территории Московской области (человек).

Размер затрат по включенным в подушевой норматив видам медицинской помощи на одно застрахованное лицо, попадающее в iтый половозрастной интервал в Московской области (Рi) определяется по формуле:

**Рi = Зi / Чi\*М,** *где* **(2)**

Зi – затраты на оплату медицинской помощи по включенным в подушевой норматив видам медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в iтый половозрастной интервал за расчетный период (в рублях);

М – количество месяцев в расчетном периоде;

Чi – численность застрахованных лиц на территории Московской области, попадающая в i-тый половозрастной интервал (человек).

Расчет коэффициента дифференциации для каждой половозрастной группы осуществляется по формуле:

**КДi = Рi / Р,** *где*  **(3)**

КДi – коэффициент дифференциации для каждой половозрастной группы (округляется до шести знаков после запятой).

Расчет дифференцированного подушевого норматива для каждой половозрастной группы осуществлялся по формуле:

**ПНФi = ДФА \* КДi/ М \* Чi,** *где*  **(4)**

ПНФi – дифференцированный подушевой норматив для каждой половозрастной группы (рублей);

ДФА – установленный объем средств для подушевого финансирования амбулаторной медицинской помощи (рублей).

Общий объем предварительного финансового обеспечения (ПФ, в рублях) для каждой медицинской организации, имеющей прикрепленное население, осуществляется по формуле:

**ПФ = ∑ (ПНФi \* ЧГi),** *где* **(5)**

ПНФi – дифференцированный подушевой норматив для каждой половозрастной группы (в рублях);

ЧГi – численность граждан, прикрепленных к n-ой медицинской организации для каждой половозрастной группы, застрахованных в системе обязательного медицинского страхования (человек).

2.5. Объем финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, оказываемой Медицинскими организациями, осуществляемый подушевым способом в целом по Программе ОМС устанавливается на уровне 37% от общего объема финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), осуществляется на основе подушевого норматива финансирования.

Расчет подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи осуществляется из установленного норматива объема медицинской помощи 0,318 вызовов на 1 застрахованное лицо и среднего норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи[[2]](#footnote-2).

Ежемесячный объем средств для финансирования скорой медицинской помощи (ОФ) рассчитывается по формуле:

**ОФ = ПН х Ч х КП**, *где*  **(6)**

ПН – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи на один месяц на одно застрахованное лицо, включающий статьи затрат в соответствии с Программой ОМС;

Ч – численность застрахованных лиц Московской области муниципального образования Московской области, обслуживаемого структурным подразделением (либо самостоятельным) скорой медицинской помощи;

КП – поправочный (индивидуальный) коэффициент, учитывающий особенности затрат структурного подразделения (либо самостоятельной) скорой медицинской помощи. Поправочный (индивидуальный) коэффициент для всех медицинских организаций равняется единице.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи устанавливается Комиссией и фиксируется в приложении №9 к настоящему Тарифному соглашению.

2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в рублях. Оплата Прерванного случая лечения осуществляется по тарифу Прерванного случая.

Учет и порядок оплаты прерванных случаев лечения, в том числе при осуществлении перевода пациентов из одного структурного подразделения в другое в рамках одной медицинской организации либо между медицинскими организациями, установлен в Приложении №1 к Тарифному соглашению.

2.8. При оплате единицы объема медицинской помощи, объем финансовых поступлений медицинских организаций определяется произведением количества оказанных медицинских услуг на соответствующий тариф.

При оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансового обеспечения Программы ОМС с учетом численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, «прикрепленных» к медицинской организации, объем финансовых поступлений медицинских организаций определяется произведением числа «прикрепленных» лиц к данной медицинской организации на соответствующий тариф и регулирующий коэффициент. Регулирующий коэффициент учитывает выполнение показателей, оценивающих деятельность медицинской организации.

2.9. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях, условиях дневного стационара, вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) установлен Приложением №11 к настоящему Тарифному соглашению.

**3. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи.**

3.1. Тарифы на медицинскую помощь (медицинские услуги) используются для оплаты медицинской помощи по Программе ОМС в соответствии с установленными способами оплаты.

3.2. Тарифы рассчитываются в соответствии с Методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования».

В зависимости от способа оплаты медицинской помощи (медицинских услуг), тарифы подразделяются на «объемные», установленные на единицу объема медицинской помощи и «подушевые», установленные на основании подушевого норматива финансового обеспечения Программы ОМС с учетом численности и половозрастной структуры застрахованных лиц, «прикрепленных» к Медицинской организации.

3.3. Рассмотрение тарифов на медицинскую помощь (медицинские услуги), оказываемую медицинскими организациями по Программе ОМС, осуществляет Комиссия.

3.4. Финансовым источником для формирования тарифов являются средства ОМС, предусмотренные законом Московской области о бюджете ТФОМС МО на соответствующий финансовый год для финансирования Программы ОМС.

За счет средств ОМС по тарифам, установленным настоящим ТС, осуществляется финансирование видов и условий оказания медицинской помощи, предусмотренных Московской областной программой ОМС, утвержденной постановлением Правительства Московской области в составе Московской областной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий финансовый год, в том числе в рамках мероприятий Сверхбазовой программы ОМС, с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи.

Уровни оказания медицинской помощи медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС, по её видам и отдельно по профилю «стоматология» установлены, соответственно, Приложением №12 и Приложением №14 к настоящему Тарифному соглашению соответственно.

3.5. За счет межбюджетного трансферта из бюджета Московской области, передаваемого бюджету ТФОМС МО на финансовое обеспечение мероприятий Сверхбазовой программы ОМС осуществляется:

- первичная медико-санитарная, специализированная и скорая медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические осмотры несовершеннолетних в целях раннего (своевременного) выявления немедицинского потребления наркотических и психотропных веществ;

- обеспечение деятельности патологоанатомических отделений, отделений (кабинетов) статистики, административно-хозяйственного аппарата медицинских организаций Московской области в части расходов, не финансируемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

- затраты на административно-управленческий аппарат страховых медицинских организаций при обеспечении мероприятий дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования.

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

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи устанавливается в соответствии с Программой ОМС, в том числе в части базовой программы обязательного медицинского страхования, со следующими долями расходования средств в разрезе условий оказания медицинской помощи:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование статей расходования средств | Условия оказания медицинской помощи | | | |
| амбулаторно | стационарно | в дневном стационаре | вне медицинской организации (скорая медицинская помощь) |
| в % | | | |
| Заработная плата, начисления на оплату труда и прочие выплаты | 50-83 | 50-70 | 63-78 | 64-80 |
| Приобретение лекарственных препаратов и расходных материалов | 27-1,5 | 35-15 | 25-15 | 28-15 |
| Приобретение продуктов питания | - | 6-10 | 4-2 | - |
| Прочие статьи расходования средств | 23-15,5 | 9-5 | 8-5 | 8-5 |
| Итого | 100% | 100% | 100% | 100% |

3.8. Размеры тарифов, установленных настоящим ТС, определяются исходя из объема средств, предусмотренного на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территории Московской области, в соответствии с законом Московской области о бюджете ТФОМС МО на соответствующий финансовый год и плановый период.

Обеспечение финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в Московской области осуществляется путем индексации тарифов в зависимости от исполнения доходной части бюджета ТФОМС МО.

Тарифы, установленные настоящим ТС, являются едиными для всех медицинских организаций.

**Тариф** (Т) – тариф на медицинскую помощь, рассмотренный Комиссией и установленный соответствующим приложением к ТС.

**Тариф детский** – тариф, используемый при оплате медицинской помощи, оказанной пациентам, не достигшим возраста 18 лет (совершеннолетия) на дату посещения, обращения, начала лечения или госпитализации в стационар или дневной стационар любого типа.

**Тариф Прерванного случая** (Тпс) – тариф, полученный расчетным способом из тарифа и используемый для оплаты Прерванного случая лечения.

**Тариф Прерванного случая** определяется по формуле:

**Тпс = Т \* Кпс,** *где* **(7)**

**Тпс** – тариф Прерванного случая (в рублях, с округлением до целого числа);

**Т** – тариф согласно Приложению к ТС (тариф Законченного случая) (в рублях, с округлением до целого числа);

**Кпс** – коэффициент соответствия фактической и нормативной средней длительности, определяется отношением фактической длительности Прерванного случая к нормативной средней длительности лечения по СМП или схеме (**Кпс=ДФ/ДС**) и рассчитывается Медицинской организацией для каждого Прерванного случая **с округлением до 6 знаков после запятой**.

Кроме тарифов, применяемых всеми медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, для отдельных медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь,а также медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, по решению Комиссии может устанавливаться коэффициент уровня оказания медицинской помощи**.**

3.9. В структуру тарифа на медицинскую помощь не входят и из средств ОМС не компенсируются затраты медицинских организаций и их структурных подразделений при оказании медицинской помощи и предоставлении иных государственных и муниципальных услуг (работ) в:

лепрозориях и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций;

центрах профилактики и борьбы со СПИДом;

врачебно-физкультурных диспансерах;

центрах охраны здоровья семьи и репродукции;

центрах охраны репродуктивного здоровья подростков;

центрах медицинской профилактики (за исключением первичной медико-санитарной помощи, включенной в базовую программу обязательного медицинского страхования);

центрах профессиональной патологии;

бюро судебно-медицинской экспертизы;

медицинских информационно-аналитических центрах;

бюро медицинской статистики;

центрах крови;

станциях переливания крови;

домах ребенка, включая специализированные;

молочных кухнях и прочих медицинских организациях, входящих в номенклатуру медицинских организаций, утвержденную Министерством здравоохранения Российской Федерации, и не финансируемых за счет средств ОМС.

3.10. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, а также медицинские организации, в составе которых имеются патологоанатомические отделения, отделения (кабинеты) статистики и для которых Комиссией не распределены объемы медицинской помощи и объемы финансового обеспечения мероприятий Сверхбазовой программы ОМС, за счет средств Программы ОМС не финансируются.

3.11. В расчет тарифа не включены и оплате за счет средств ОМС не подлежат затраты по врачебным должностям, среднему, младшему медицинскому и прочему персоналу сверх численности, предусмотренной рекомендованными нормативами, определяющими численность медицинских работников и прочего персонала, а также должности, не предусмотренные нормативами, определяющими штатную численность медицинских организаций.

При формировании тарифов учитываются затраты лечебных, параклинических и вспомогательных подразделений медицинских организаций, обеспечивающих оказание медицинской помощи в соответствии с утвержденными в установленном порядке объемами медицинской помощи по Программе ОМС (за исключением служб и подразделений медицинских организаций, деятельность которых не оплачивается за счет средств ОМС).

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги).

3.12. Тарифы законченного случая лечения специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой по стандартам медицинской помощи и схемам ведения пациентов установлены Приложениями №2 и №2а к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, взрослому и детскому населению, а также медицинские услуги, оказываемые в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых и на стоматологические медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях установлены Приложениями №3а, №3б, №4 и №13 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов, взрослому и детскому населению установлены Приложениями №5а и №5б к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации, медицинских осмотров определенных групп населения установлены Приложением №6 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинские услуги при проведении гемодиализа взрослому и детскому населению установлены Приложением №7 к настоящему Тарифному соглашению.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях установлен Приложением №8 к настоящему Тарифному соглашению.

Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи и тарифы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению (в рамках базовой Программы ОМС) установлены Приложением №9 к настоящему Тарифному соглашению.

Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую при социально-значимых заболеваниях (Сверхбазовая Программа ОМС) установлены Приложением №10 к настоящему Тарифному соглашению.

**4. Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.**

В целях реализации приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страховании» настоящим тарифным соглашением устанавливается Перечень оснований 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 (приложение №15) и Перечень оснований 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 (для случаев оказания скорой медицинской помощи) (приложение №16).

**5. Заключительные положения.**

5.1. Настоящее Тарифное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Программу ОМС.

Медицинские организации осуществляют финансирование расходов, предусмотренных настоящим ТС, в соответствии с утвержденным в установленном порядке финансовым планом (сметой доходов и расходов) в пределах объемов финансовых поступлений по ОМС.

При использовании средств ОМС медицинские организации должны исходить из необходимости достижения заданных результатов с использованием наименьшего объема средств или достижения наилучшего результата с использованием определенного объема средств ОМС.

Использование медицинскими организациями средств ОМС на финансирование видов медицинской помощи, не включенных в Программу ОМС, на оплату видов расходов, не включенных в структуру тарифов, является нецелевым.

Расходы по оплате труда, произведенные с нарушением трудового законодательства, иных нормативных правовых актов и локальных нормативных актов, содержащих нормы трудового права и регулирующих систему оплату труда работников медицинских организаций являются нецелевым расходованием средств.

Медицинские организации за счет средств ОМС осуществляют финансирование расходов, указанных в пунктах 5.12., 5.13., 5.16., 12.1. Приложения №17 к настоящему ТС, только при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помощи в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

5.2. За нецелевое использование медицинской организацией средств ОМС, медицинская организация несет ответственность в соответствии с ч.9 ст.39 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Расходы медицинских организаций, связанные с возмещением средств, использованных не по целевому назначению, за счет средств ОМС не осуществляются.

5.3. Пересмотр (изменение) тарифов осуществляется в связи с изменениями Программы ОМС, в том числе:

– изменением величины доходов и (или) расходов бюджета ТФОМС МО;

– при изменении нормативных правовых актов Российской Федерации и нормативных правовых актов Московской области, регламентирующих штатную численность, оплату труда работников медицинских организаций, приобретение расходных материалов, медикаментов и перевязочных средств, предметов медицинского назначения и медицинского инструментария, организацию питания, а также других расходов, финансируемых за счет средств ОМС;

– включения в систему ОМС новых видов, условий, профилей (специальностей) медицинской помощи;

– изменением структуры расходов по видам и условиям оказания медицинской помощи;

– принятием в систему ОМС новых медицинских организаций и их структурных подразделений;

– иными мероприятиями.

5.4. К настоящему Тарифному соглашению прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

- Приложение №1 «Положение о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования»;

- Приложение №2 I. «Тарифы законченного случая лечения по схеме ведения пациента (руб.)»; II. «Тарифы законченного случая лечения по стандартам медицинской помощи (руб.)»;

- Приложение №2а «Тарифы законченного случая лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи»;

- Приложение №3а «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, взрослому населению (руб.)»;

- Приложение №3б «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, детскому населению до 18 лет (руб.)»;

- Приложение №4 «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в консультативно-диагностических центрах для детей и взрослых, руб.»;

- Приложение №5а «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов, взрослому населению (руб.)»;

- Приложение №5б «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в условиях дневных стационарах всех типов, детскому населению до 18 лет (руб.)»;

- Приложение №6 «Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 03.12.2012 №1006н), руб.»; «Тарифы на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях Московской области детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (в соответствии с Приказом МЗРФ от 15.02.2013 №72н)», руб.; «Тарифы на оплату профилактических медицинских осмотров взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 06.12.2012 №1011н)», руб.; «Тарифы на оплату при прохождении несовершеннолетними медицинских осмотров (в соответствии с Приказом МЗРФ от 21.12.2012 №1346н)», руб.; «Тарифы на проведение диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (в соответствии с приказом МЗРФ от 11.04.2013 №216н)», руб.;

- Приложение №7 «Тарифы на медицинские услуги при проведении гемодиализа взрослому и детскому населению (руб.)»;

- Приложение №8 «Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (руб.)»;

- Приложение №9 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи (в рамках базовой программы ОМС) (руб.)»; «Тарифы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению (руб.)»;

- Приложение №10 «Тарифы на медицинскую помощь, оказываемую при социально-значимых заболеваниях (Сверхбазовая Программа ОМС), руб.»;

- Приложение №11 «Сведения об условиях оказания медицинской помощи в медицинских организациях»;

- Приложение №12 «Уровни оказания медицинской помощи медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС»;

- Приложение №13 «Тарифы на медицинские услуги по профилю «стоматология», оказываемые в амбулаторных условиях (руб.)»;

- Приложение №14 «Уровень оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС»;

- Приложение №15 «Перечень оснований 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»;

- Приложение №16 «Перечень оснований 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 (для случаев оказания скорой медицинской помощи)»;

- Приложение №17 «Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования».

5.5. Настоящее ТС может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме и являются неотъемлемой частью настоящего ТС.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее ТС.

В случае возникновения споров по настоящему ТС Стороны принимают меры по их разрешению путем переговоров между собой.

Разъяснения по применению настоящего ТС дает ТФОМС МО.

Настоящее ТС вступает в силу с 01 января 2015 года, и действует до принятия нового Тарифного соглашения.

Юридические адреса Сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения Московской области | 143400, Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д.1. |
|  |  |
| Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Московской области | 102031, Московская область, г.Балашиха, ул. Орджоникидзе, д. 4. |
|  |  |
| Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации | 119331, г. Москва, ул. Марии Ульяновой, д.9, стр. 1. |
|  |  |
| Некоммерческое партнерство «Врачебная Палата Московской области» | 142 400, Московская область, г. Ногинск, ул. Комсомольская, д.59 |

ПОДПИСИ СТОРОН:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правительство Московской области: |  |  |
| Министр здравоохранения Московской области |  | Н.В. Суслонова |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Территориальный фонд обязательного  медицинского страхования Московской области: |  |  |
| Директор |  | Г.А. Антонова |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Московская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации: |  |  |
| Председатель |  | А.И. Домников |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Некоммерческое партнерство «Врачебная Палата Московской области» |  |  |
| Председатель Правления |  | С.А. Лившиц |
| М.П. |  |  |
|  |  |  |
| Страховые медицинские организации: |  | Н.В. Мартьянова |
|  |  |  |

1. Статья 10 Закона. [↑](#footnote-ref-1)
2. Норматив объема медицинской помощи и средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи установлены Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 №1273. [↑](#footnote-ref-2)