# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

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

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красногорск | 31.12.2015  *(в редакции от 30.03.2016, протокол Комиссии №50)*  *(в редакции от 22.04.2016, протокол Комиссии №51)*  *(в редакции от 23.06.2016, протокол Комиссии №53)* |

**1. Общие положения.**

1.1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Тарифное соглашение, ТС) 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 19.12.2015 №1382 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», постановлением Правительства Московской области от 22.12.2015 №1294/49 «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год», 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 Тарифного соглашения, 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 Раздорского Андрея Сергеевича,

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 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 предоставления медицинской помощи и объемов финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, способам и 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.

**«Первичная медико-санитарная помощь»** – основа системы оказания медицинской помощи, которая включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

**«Специализированная медицинская помощь»** оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

**«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 доказательной 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 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.

**«Плановая медицинская помощь»** – это комплекс медицинских услуг, реализация которых может быть отсрочена на определенный срок без ущерба для здоровья пациента в соответствии с медицинскими показаниями.

«**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.

**«**[**Скорая**](consultantplus://offline/ref=6BBDADABAEFCDFD3E7C5960FC965E7AE01335AA66A5EC7DAF094C91ABC05FB6741703141C98AED3FP3A6F)**, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь»**(далее – скорая медицинская помощь) оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Скорая медицинская помощь оказывается в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

**«Вызов скорой помощи»** – система круглосуточно выполняемых вне медицинских организаций квалифицированных медицинских (диагностических и лечебных) мероприятий, направленных на устранение состояний, представляющих угрозу жизни и здоровью людей, а также, при необходимости, обеспечение максимально возможных условий для безопасной и быстрой эвакуации заболевшего или пострадавшего в медицинскую организацию, где ему будет обеспечена квалифицированная специализированная медицинская помощь.

**«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.

**«Обращение»** – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности). Учет обращений осуществляется на основе форм учетной документации №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях», утвержденных приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков их заполнения» (пункт 22 Талона «Обращение (цель)»: 1 – по заболеванию (А00-Т98).

**«Законченный случай оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях»** – совокупность посещений и медицинских услуг, предоставляемых пациенту при его обращении в медицинскую организацию, при котором цель обращения за медицинской помощью достигнута.

«**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 03.02.2015№36ан.

**«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).

**«Случай госпитализации»**– случай лечения в стационарных условиях и (или) условиях дневного стационара в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

**«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).

**«Прерванный случай»** (далее – Прерванный случай, Незаконченный случай) – незаконченный случай лечения при сверхкоротком пребывании в круглосуточном стационаре и (или) дневном стационаре (преждевременная выписка больного, летальный исход, перевод в другую медицинскую организацию) при фактической длительности госпитализации до трех дней включительно.

**«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.

**«Подгруппа в составе клинико-статистической группы заболеваний»**(далее – подгруппа КСГ) – группа заболеваний, выделенная в составе клинико-статистической группы заболеваний с учетом дополнительных классификационных критериев, в том числе устанавливаемых в субъекте Российской Федерации, для которой установлен коэффициент относительной затратоемкости отличный от коэффициента относительной затратоемкости по клинико-статистической группе с учетом установленных правил выделения и применения подгрупп.

**«Базовая ставка»** (далее – БС)– средний объем финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одного пролеченного пациента, определенный исходя из нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой государственных гарантий, а также с учетом других параметров (возраст, пол, комбинация диагнозов, др.) (средняя стоимость законченного случая лечения).

**«Коэффициент относительной затратоемкости»** (далее – КЗ) – коэффициент затратоемкости клинико-статистической группы заболеваний или клинико-профильной группы заболеваний, отражающий отношение ее затратоемкости к базовой ставке.

**«Коэффициент дифференциации»**(далее – КД) –коэффициент, устанавливаемый на федеральном уровне, отражающий более высокий уровень заработной платы и индекса бюджетных расходов для отдельных территорий, используемый в расчетах в случае, если для территории субъекта Российской Федерации установлено несколько коэффициентов дифференциации. Для Московской области на 2016 год КД равен 1,113.

**«Управленческий коэффициент»**(далее – КУ) –коэффициент, устанавливаемый на территориальном уровне, позволяющий корректировать тариф клинико-статистической группы с целью управления структурой госпитализаций и/или учета региональных особенностей оказания медицинской помощи по конкретной клинико-статистической группе.

**«Коэффициент уровня оказания медицинской помощи»** (далее – КУС)–коэффициент, устанавливаемый на территориальном уровне, позволяющий учесть различия в размерах расходов в зависимости от уровня оказания медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.

**«Коэффициент подуровня оказания медицинской помощи»** –коэффициент, устанавливаемый на территориальном уровне, позволяющий учесть различия в размерах расходов медицинских организаций, относящихся к одному уровню оказания медицинской помощи обусловленный объективными причинами и рассчитанный в соответствии с установленными правилами.

**«Коэффициент сложности лечения пациентов»** (далее – КСЛП) –коэффициент, устанавливаемый на территориальном уровне, в отдельных случаях в связи со сложностью лечения пациента, и учитывающий более высокий уровень затрат на оказание медицинской помощи.

**«Поправочные коэффициенты»** (далее – ПК) – коэффициенты, устанавливаемые на территориальном уровне: управленческий коэффициент, коэффициент уровня (подуровня) оказания медицинской помощи, коэффициент сложности лечения пациентов.

**«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 и на финансовое обеспечение отдельных мероприятий дополнительной к базовой Программе ОМС по соответствующим тарифам на основании заключенных со страховыми медицинскими организациями Договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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

**«Оплата медицинской помощи по КСГ (КПГ)» –** оплата медицинской помощи по тарифу, рассчитанному исходя из установленных: базовой ставки, коэффициента относительной затратоемкости и поправочных коэффициентов.

**«Оплата медицинской помощи за услугу»** – составной компонент оплаты, применяемый дополнительно к оплате по КСГ в рамках одного случая госпитализации в соответствии с установленным перечнем услуг.

«**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 КСГ (КПГ)**–упорядоченный перечень КСГ (КПГ), оплачиваемых по Программе ОМС, и содержащий следующие обязательные данные:

− код КСГ (КПГ), применяемый в приложениях к ТС;

− наименование КСГ (КПГ);

− единицу учета и оплаты;

− вид медицинской помощи и условия её оказания;

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

Кодификатор КСГ (КПГ) может содержать дополнительные данные:

− краткое наименование КСГ (КПГ);

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

− период действия (применения) КСГ (КПГ);

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

Кодификатор КСГ (КПГ) 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.

**«Сверх базовая программа ОМС»**− мероприятия, установленные Программой ОМС дополнительно к базовой программе обязательного медицинского страхования:

- первичная медико-санитарной помощь, скорая медицинская помощь, специализированная медицинская помощь при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения (за исключением отделений принудительного лечения специализированного типа и общего типа в психиатрическом стационаре), в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения; психотерапевтической медицинской помощи в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения;

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

1 уровень – оказание населению преимущественно первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной медицинской помощи в пределах муниципального района, а также внутригородского района;

2 уровень – оказание населению первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной медицинской помощи в пределах нескольких муниципальных районов и городских округов, в том числе городских округов с внутригородским делением;

3 уровень – оказание населению первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной, включая высокотехнологичной, медицинской помощи в пределах субъекта Российской Федерации, а также нескольких субъектов Российской Федерации.

**«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. При реализации Программы ОМС на территории Московской области применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации:

2.1.1. 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);

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

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

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

2.1.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, (санитарно-авиационной) медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

2.2. Применение способов оплаты.

Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (доврачебной, врачебной и специализированной), оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется на основе подушевого норматива финансирования, и применяется для медицинских организаций, независимо от формы собственности, оказывающих первичную медико-санитарную помощь,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), объемы медицинской помощи фельдшерско-акушерских пунктов, посещения медицинских работников со средним образованием, ведущим самостоятельный амбулаторный прием, а также объемы медицинской помощи, оказываемые врачами-специалистами.

В подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц не включаются расходы на финансовое обеспечение объемов медицинской помощи:

– предоставляемых врачами-специалистами самостоятельных стоматологических медицинских организаций, самостоятельных женских консультаций, самостоятельных родильных домов, самостоятельных диспансеров;

–предоставляемых врачами-специалистами при социально-значимых заболеваниях (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения);

– предоставляемых врачами-специалистами, фельдшерами в неотложной форме, в том числе в травмпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах;

–проводимых мероприятий всех видов диспансеризации;

–по проведению услуг скрининга рака шейки матки, внутриутробной эходопплерокардиографии, услуг гемодиализа (в амбулаторных условиях);

– по проведению комплексных услуг по пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития ребенка 1 и 2 этапов;

– по проведению услуг «Выездная консультация «мобильного» кардиолога» (в амбулаторных условиях);

– предоставляемых Медицинскими организациями, осуществляющими консультативные приемы и не имеющие прикрепленного населения.

Медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным в системе ОМС за пределами территории Московской области, в подушевой норматив финансирования не включается, и оплачивается за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай).

2.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, рассчитывается на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле (1):

, (1)  
*где:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями (включая посещения центров здоровья, посещения в связи с диспансеризацией, посещения среднего медицинского персонала), установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | численность застрахованного населения Московской области, человек. |

2.4. Расчет среднего (базового) подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется исходя из среднего размера финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле (2):

, (2)

где:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | средний (базовый) подушевой норматив финансирования, рублей; |
|  |  |  |
|  | – | размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи, застрахованным в Московской области, рублей; |
|  | – | численность застрахованного населения Московской области, человек. |

2.5.Для расчета дифференцированного норматива финансирования амбулаторной помощи для однородных групп (подгрупп) медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь (, применяется средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для*i*той группы (подгруппы) медицинских организаций:

, (3)

*где:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | –– | | дифференцированный подушевой норматив для *i*той группы (подгруппы) медицинских организаций, рублей; |
|  | | – | средний (базовый) подушевой норматив финансирования, рублей; |
|  | –– | | средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный  для *i*той группы (подгруппы) медицинских организаций. |

2.5. Расчет интегрированного коэффициента (осуществляется для каждой медицинской организации по следующей формуле (4):

, (4)

*где:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | –– | интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, определенный для медицинской организации; |
|  | –– | половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, рассчитанный для соответствующей медицинской организации; |
|  | –– | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений (фельдшерско-акушерских пунктов, медицинских пунктов и т.п.); |
|  | –– | коэффициент дифференциации, учитывающий особенности расселения и плотность прикрепленного населения субъекта Российской Федерации (при наличии); |
|  | –– | коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание имущества медицинских организаций; |
|  | –– | коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации; |
|  | –– | коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации  от 5 мая 2012 года №462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования. |

для Московской области является единым для всей территории Московской области, и учитывается в среднем (базовом) подушевом нормативе финансирования.

Для целей настоящего Тарифного соглашения и реализации Программы ОМС используется половозрастной коэффициент дифференциации , который учитывает особенности Московской области.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле (5):

, (5)

*где*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | –– | численность застрахованных лиц, прикрепленных к *i*той группе (подгруппе) медицинских организаций, человек. |

Для целей настоящего Тарифного соглашения и реализации Программы ОМС поправочный коэффициент (равен единице.

Для расчета половозрастных коэффициентов дифференциации подушевого норматива численность застрахованных лиц Московской области распределяется следующим образом:

ноль - один год мужчины/женщины;

один год - четыре года мужчины/женщины;

пять лет - семнадцать лет мужчины/женщины;

восемнадцать лет - пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет - пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Для каждой половозрастной группы (подгруппы) рассчитываются единые значения коэффициента дифференциации в пределах Московской области, которые устанавливаются настоящим Тарифным соглашением (приложение №8 к Тарифному соглашению).

2.6. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях и (или) в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе клинико-статистические группы заболеваний или клинико-профильные группы.

Оплата медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, оказанной в стационарных условиях по КСГ осуществляется во всех страховых случаях, за исключением заболеваний, при лечении которых применяются виды и методы медицинской помощи по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, процедуры диализа, включающие различные методы (оплата осуществляется за услугу), социально-значимых заболеваний (заболевания, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ-инфекции и синдром приобретенного иммунодефицита, психические расстройства и расстройства поведения).

При планировании объема средств, предназначенных для финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, и оплачиваемой по КСГ (КПГ) заболеваний, из общего объема финансовых средств, рассчитанного исходя из нормативов Программы ОМС, исключаются объемы средств:

* предназначенные для осуществления межтерриториальных расчетов;
* предназначенные на оплату медицинской помощи вне системы КСГ/КПГ заболеваний (высокотехнологичная медицинская помощь);
* направляемые на формирование нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования в части превышения установленного объема средств, предназначенного на оплату медицинской помощи в связи с увеличением тарифов на оплату медицинской помощи в результате превышения значения среднего поправочного коэффициента по сравнению с запланированным.

Формирование КСГ осуществляется на основе совокупности следующих параметров, определяющих относительную затратоемкость лечения пациентов:

1. Основные классификационные критерии:
   1. Диагноз (код по МКБ-10);
   2. Хирургическая операция и/или другая применяемая медицинская технология (код в соответствии с Номенклатурой), при наличии;
2. Дополнительные классификационные критерии:
   1. Возрастная категория пациента;
   2. Сопутствующий диагноз или осложнения заболевания (код по МКБ-10);
   3. Пол;
   4. Длительность лечения.

Расшифровка групп в соответствии с МКБ-10 и Номенклатурой медицинских услуг, а также инструкция по группировке случаев, в том числе правила учета дополнительных классификационных критериев представляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в установленном порядке.

При наличии хирургических операций и/или других применяемых медицинских технологий, являющихся классификационным критерием, отнесение случая лечения к конкретной КСГ заболеваний осуществляется в соответствии с кодом Номенклатуры медицинских услуг.

При наличии нескольких хирургических операций и/или применяемых медицинских технологий, являющихся классификационными критериями, оплата осуществляется по КСГ заболеваний, которая имеет более высокий коэффициент относительной затратоемкости. В ряде случаев отнесение случая к той или иной КСГ может осуществляться с учетом кода диагноза по МКБ-10. Если пациенту оказывалось оперативное лечение, то выбор осуществляется между применением КСГ, определенной в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10 и КСГ, определенной на основании кода Номенклатуры медицинских услуг.

2.7. Оплата медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (скорая медицинская помощь), осуществляется на основе подушевого норматива финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Расчет среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, осуществляется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС,по следующей формуле (7):

, (7)

*где:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | – | средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей; |
|  | – | средний норматив объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов; |
|  | – | средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи вне медицинской организации, установленный Программой ОМС в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей; |
|  | – | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования за вызов, рублей; |
|  | – | численность застрахованного населения Московской области, человек. |

Средний (базовый) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается исходя из среднего размера финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле (8):

, (8)

*где:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | –– | базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | –– | размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации застрахованным в Московской области за вызов, рублей. |

Оплата тромболизиса, проведенного на скорой медицинской помощи, осуществляется дополнительно к оплате за вызов бригады скорой медицинской помощи.

Ежемесячный объем финансового обеспечения скорой медицинской помощи (ФО) рассчитывается по формуле (9):

*где* (9)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | –– | базовый (средний) подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, рублей; |
|  | – | численность застрахованного населения Московской области, человек; |
|  | – |  |

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

2.8. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Программе ОМС, по всем страховым случаям осуществляется по тарифам, установленным в рублях.

Учет и порядок оплаты Прерванных (незаконченных) 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.

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

2.10. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе имеющих прикрепленное население, 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 установливаются за единицу объема медицинской помощи и 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 №13 к настоящему Тарифному соглашению.

3.5. За счет межбюджетного трансферта из бюджета Московской области, передаваемого бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на финансовое обеспечение дополнительного перечня страховых случаев и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в рамках Программы ОМС осуществляется оказание:

- первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах и расстройствах поведения (за исключением отделений принудительного лечения специализированного типа и общего типа в психиатрическом стационаре), в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, включая профилактические медицинские осмотры обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, а также образовательных организациях высшего образования в целях раннего (своевременного) выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ, психотерапевтической медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения.

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. 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.

3.8. Средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи по видам и условиям ее оказания в расчете на 1 застрахованное лицо установлены Программой ОМС и составляют:

на 1 вызов скорой медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 624,63 рубля, по сверх базовой программе обязательного медицинского страхования – 15,42 рубля;

на 1 посещение с профилактическими и иными целями при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 938,12 рубля, по сверх базовой программе обязательного медицинского страхования – 167,22 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 2214,83 рубля, по сверх базовой программе обязательного медицинского страхования – 153,87 рубля;

на 1 посещение при оказании медицинской помощи в неотложной форме в амбулаторных условиях за счет средств обязательного медицинского страхования – 286,22 рубля;

на 1 случай лечения в условиях дневных стационаров за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 763,3 рубля, по сверх базовой программе обязательного медицинского страхования – 83,68 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 4397,31 рубля, по сверх базовой программе обязательного медицинского страхования – 819,46 рубля;

на 1 койко-день по медицинской реабилитации в специализированных больницах и центрах, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Медицинская реабилитация», и реабилитационных отделениях медицинских организаций за счет средств обязательного медицинского страхования – 68,29 рубля;

на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования – 392,46 рубля.

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);

бюро судебно-медицинской экспертизы;

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,

а также расходы медицинских организаций на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) свыше ста тысяч рублейи капитальный ремонт медицинских организаций.

3.10. Медицинские организации, осуществляющие в соответствии с пунктом 3.5. настоящего Тарифного соглашения оказание медицинской помощи, которым Комиссией не распределены объемы медицинской помощи и объемы финансового обеспечения мероприятий по Сверх базовой программе 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 на оплату страховых случаев в различных условиях оказания медицинской помощи, а также в зависимости от способа оплаты, установлены приложениями 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 №14).

**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 Тарифным соглашением, 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.

Медицинские организации за счет средств ОМС осуществляют финансирование расходов, указанных в пунктах 5.12., 5.13., 5.16., 12.1.Приложения №15к настоящему ТС, при условии обеспечения нормативных затрат, необходимых для оказания медицинской помощи, в соответствии с законодательством об охране здоровья граждан.

5.2. За использование не по целевому назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, 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 «Базовая ставка и коэффициенты уровней (подуровней) при оплате законченного случая лечения в круглосуточном стационаре на основе клинико-статистических групп»;

- Приложение №2а«Распределение КСГ заболеваний по профилям медицинской деятельности (КПГ) и рекомендуемые коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (для медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях)»;

- Приложение №2б «Тарифы случаев лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, рублей»;

- Приложение №3а «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, взрослому населению, рублей»;

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

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

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

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

- Приложение №6 «Тарифы на оплату профилактических мероприятий, проводимых в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения (в соответствии с Приказом МЗРФ от 03.02.2015 №36ан), 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, рублей»;

- Приложение №8 «Базовый (средний) подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, рублей/в месяц»;«Половозрастные коэффициенты дифференциации, применяемые для подушевого финансирования медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях»;

- Приложение №9 «Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, рублей»; «Тарифы на скорую медицинскую помощь, в том числе скорую специализированную, оказываемую взрослому и детскому населению, рублей»;

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

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

- Приложение №12 «Тарифы на стоматологические медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях (руб.)»;

- Приложение №13 «Уровень оказания медицинской помощи по профилю «стоматология» медицинскими организациями, выполняющими Московскую областную программу ОМС»;

- Приложение №14 «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 «Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Московской областной программе обязательного медицинского страхования».

5.5. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон. Изменения и дополнения оформляются в письменной форме, и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения.

Стороны принимают на себя обязательства выполнять настоящее Тарифное соглашение.

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

Разъяснения по применению настоящего Тарифного соглашения дает ТФОМС МО.

Настоящее ТС вступает в силу с 01 января 2016 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 |  | А.С. Раздорский |
| 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)