

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2015 ГОД**

город Москва

« 25 » декабря 2014 г.

Департамент здравоохранения города Москвы
в лице Министра Правительства Москвы, руководителя
Департамента здравоохранения города Москвы

Хрипуна А.И.

Московский городской фонд обязательного
медицинского страхования
в лице директора

Зеленского В.А.

Профессиональный союз работников здравоохранения
города Москвы
в лице заместителя председателя

Ремизова С.В.

Страховые медицинские организации
в лице президента Московской ассоциации медицинских
страховых организаций

Курановой Н.Е.

Медицинская профессиональная некоммерческая
организация
в лице председателя Региональной общественной
организации «Московское объединение врачей»

Гайнулина Ш.М.

именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 статьи 30
Федерального закона от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском
страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное
соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной
программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2015 год
(далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

Раздел 1 «Общие положения»

1.1. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемые медицинскими организациями застрахованным лицам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Тарифы), способы оплаты медицинской помощи, структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.2. Тарифное соглашение разработано в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), Закона г. Москвы от 29.10.2014 № 50 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов», постановления Правительства Москвы от 23.12.2014 № 811-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

1.3. Тарифы устанавливаются Тарифным соглашением между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, Медицинской профессиональной некоммерческой организацией, созданной в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Профессиональным союзом медицинских работников города Москвы, входящими в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Комиссия по разработке территориальной программы ОМС).

1.4. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования города Москвы.

Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»

2.1. При реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Территориальная программа ОМС) применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи при оказании прикрепившимся лицам медицинской помощи не по месту прикрепления;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи при оказании прикрепившимся лицам медицинской помощи не по месту прикрепления;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, а также в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний).

2.1.3. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний),

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

2.1.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) – за вызов бригады скорой медицинской помощи в соответствии с профилем бригады.

2.2. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в **амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара** в рамках Территориальной программы ОМС:

2.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население приведен в приложении № 1.1 к Тарифному соглашению.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций,

имеющих прикрепленное население, и участвующих в горизонтальных расчетах приведен в приложении № 1.2 к Тарифному соглашению.

2.2.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3 к Тарифному соглашению.

2.2.4. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу в медицинских организациях согласно Приложению № 1.1:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная, оказываемая в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению;

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная врачебная и первичная специализированная, а также специализированная, оказываемая в условиях дневного стационара взрослому и детскому населению, за исключением профиля «онкология», лечения бесплодия методом экстракорпорального оплодотворения и процедур заместительной почечной терапии методами гемодиализа и перитонеального диализа;

- первичная медико-санитарная помощь по осуществлению комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике, направленных на предупреждение воздействия и устранение факторов риска, которые могут привести к возникновению, обострению и/или рецидиву заболеваний.

2.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной **в стационарных условиях** в рамках Территориальной программы ОМС:

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в приложении № 2 к Тарифному соглашению.

2.3.2. Порядок оплаты, в том числе прерванных случаев лечения, устанавливается в соответствии с Инструкцией по учету медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара и в дневных стационарах (вне системы подушевого финансирования) по обязательному медицинскому страхованию (Приложение № 3 к Тарифному соглашению).

2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих **скорую медицинскую помощь** вне медицинской организации, приведен в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

2.5. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций (при наличии) и критерии их оценки (включая целевые значения), а также порядок осуществления выплат медицинским организациям за достижение соответствующих показателей устанавливаются в соответствии с Положением о порядке выплат стимулирующего характера медицинским организациям за выполнение целевых значений доступности и качества медицинской помощи, (Приложение № 5 к Тарифному соглашению).

Раздел 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Территориальной программе ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в рублях и копейках.

3.2. Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе ОМС в соответствии с утвержденными способами оплаты.

3.3. Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом г. Москвы от 29.10.2014 № 50 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность по Территориальной программе ОМС на территории города Москвы.

3.5. Тарифы рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 28.02.2011 № 158н в составе Правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

3.6. Тарифы формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых и медицинским сестрам врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.
- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.
- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

3.7.1. Нормативы финансового обеспечения на получение медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой ОМС, оказываемой в амбулаторных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливаются для медицинской помощи, оказываемой:

- с профилактическими и иными целями – 904,53 рубля;
- в неотложной форме – 531,93 рублей;
- в связи с заболеваниями – 3 840,96 рублей.

3.7.2. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой дифференцированный подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население в размере 4 899,46 руб.

Годовой дифференцированный подушевой норматив финансирования корректируется в зависимости от изменения регистра прикрепившихся граждан дифференцированных по полу и возрасту.

3.7.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления взаиморасчетов, приведены в приложении № 6 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.4. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

- ноль – один год мужчины/женщины;
- один год – четыре года мужчины/женщины;
- пять лет – четырнадцать лет мужчины/женщины;
- пятнадцать лет – семнадцать лет мужчины/женщины;
- восемнадцать лет – двадцать четыре года мужчины/женщины;
- двадцать пять лет – тридцать четыре года мужчины/женщины;
- тридцать пять лет – сорок четыре года мужчины/женщины;
- сорок пять лет – пятьдесят девять лет мужчины;
- сорок пять лет – пятьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят лет – шестьдесят восемь лет мужчины;
- пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины;
- шестьдесят девять лет и старше мужчины;
- шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива на 1-е полугодие 2015 г. приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

3.8.1. Норматив финансового обеспечения на получение медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой ОМС, оказываемой в стационарных условиях, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в размере 5 430,21 рублей, в том числе по медицинской реабилитации – 72,13 рублей.

3.8.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания и отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 8.1, 8.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

3.9.1. Норматив финансового обеспечения на получение медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой ОМС, оказываемой в условиях дневного стационара, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в следующем размере – 731,86 рубль.

3.9.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления взаиморасчетов, приведены в приложении № 10 к настоящему Тарифному соглашению.

3.10. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС:

3.10.1. Норматив финансового обеспечения на получение скорой медицинской помощи, предусмотренной Территориальной программой ОМС, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в следующем размере – 1 165,39 рублей.

3.10.2. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 11 к настоящему Тарифному соглашению.

3.11. Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, в разрезе видов медицинской помощи приведена в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»

4.1. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС в г. Москве, приведен в приложении № 13.1 к настоящему Тарифному соглашению.

4.2. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ, приведен в приложении № 13.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел 5 «Заключительные положения»

5.1. Порядок внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

5.1.1. Предложения по внесению изменений или дополнений в перечень простых, сложных и комплексных медицинских услуг по видам и профилям медицинской помощи и индексации тарифов на оплату медицинской помощи (далее – предложения по внесению изменений или дополнений) могут вноситься Сторонами Тарифного соглашения в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС.

Предложения по редакции действующих и/или включению новых медицинских услуг должны содержать информацию, согласно утвержденным формам «Технологическая карта медицинской услуги» (приложение № 14.1) и «Технологическая карта комплексной медицинской услуги» (приложение № 14.2), а также соответствующие экономические расчеты.

5.1.2. Предложения по внесению изменений или дополнений рассматриваются Рабочей группой по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования (далее – Рабочая группа), созданной по решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Решения Рабочей группы оформляются протоколом и выносятся на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.3. Положение о Рабочей группе по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования и ее состав утверждается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.4. Рабочая группа рассчитывает и предлагает на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи, в т.ч.:

- средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов по видам медицинской помощи;
- коэффициент корректировки (индексации) тарифов по отдельным услугам;
- средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов по отдельным статьям расходов в структуре расходов на услуги.

5.1.5. Решение об изменении (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи принимает Комиссия по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.6. Основанием для изменения или дополнения Тарифного соглашения служат:

- корректировка Территориальной программы ОМС;
- решение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- внесение изменений/дополнений в действующие нормативные правовые акты РФ и/или г. Москвы или признание их утратившими силу;
- принятие новых нормативных правовых актов РФ и/или г. Москвы.

5.1.7. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются и вводятся в действие в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и оформляются приложениями к Тарифному соглашению.

5.1.8. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон.

5.1.9. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Порядок разрешения споров.

5.2.1. В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему Тарифному соглашению, Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.

5.2.2. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.3. Настоящее Тарифное соглашение прекращает свое действие в случаях:

- принятия органами законодательной или исполнительной власти РФ или г. Москвы нормативных правовых актов, обуславливающих невозможность выполнения данного Тарифного соглашения;
- ликвидации одной из Сторон;
- соглашения Сторон;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.4. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2015 г. и действует до 31.12.2015 г.

От Департамента
здравоохранения г. Москвы

От Московского городского
фонда обязательного
медицинского страхования

От Профессионального союза
работников здравоохранения
г. Москвы

От страховых медицинских
организаций

От Медицинской профессиональной
некоммерческой организации

The image shows five official seals and signatures of the parties to the tariff agreement. From top to bottom: 1. Seal of the Department of Health of Moscow with signature А.И. Хрипун. 2. Seal of the Moscow City Mandatory Medical Insurance Fund with signature В.А. Зеленский. 3. Seal of the Professional Union of Health Workers of Moscow with signature [unclear]. 4. Seal of the Association of Medical Insurance Organizations of Moscow with signature Н.Е. Куранова. 5. Seal of the Public Association of Moscow Doctors with signature Ш.М. Гайнулин.