

ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
по реализации Московской областной программы обязательного
медицинского страхования на 2019 год

г. Красногорск

26 декабря 2018

I. Общие положения

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2019 год (далее – Тарифное соглашение) 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 10.12.2018 № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов», постановлением Правительства Московской области «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 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 Тарифного соглашения, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице министра здравоохранения Московской области Матвеева Дмитрия Александровича

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице директора Мисюкевич Ольги 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 заместителя Генерального директора ООО ВТБ «Медицинское страхование», официального представителя Межрегионального союза Медицинских страховщиков на территории Московской области Фарбера Михаила Феликсовича,

медицинскими организациями, в лице главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница №1» Соболева Константина Эдуардовича,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения является установление способа, порядка оплаты и тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в рамках реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Программа ОМС).

3. Тарифное соглашение регулирует правоотношения, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) при реализации Программы ОМС.

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

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Понятия «медицинская организация», «застрахованное лицо», «страховой случай» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Понятия «случай госпитализации», «клинико-статистическая группа заболеваний» (далее – КСГ), «клинико-профильная группа» (далее – КПП), «оплата медицинской помощи по КСГ (КПП)», «базовая ставка», «коэффициент относительной затратноемкости», «управленческий коэффициент», «коэффициент подуровня оказания медицинской помощи», «коэффициент сложности лечения пациентов» применительно к настоящему Тарифному соглашению используются в значении, определенном Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (далее – Методические рекомендации).

Посещение (с профилактической и иными целями; при оказании медицинской помощи в неотложной форме) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактической и лечебной целью.

Обращение – законченный случай лечения заболевания в амбулаторных условиях с кратностью не менее двух посещений по поводу одного заболевания (по основной врачебной специальности) – единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

Обращение состоит из первичного посещения и одного или нескольких посещений пациента(ки), в результате которых цель обращения достигнута.

Учет посещений и обращений осуществляется по форме №025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и отражается в форме №025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Условная единица трудоемкости при оказании стоматологической помощи (далее – УЕТ) – норматив времени, затраченный на оказание стоматологической медицинской помощи на выполнение объема работы врача на терапевтическом, хирургическом приеме, необходимого для лечения среднего кариеса при наложении

одной пломбы.

Прикрепившиеся застрахованные лица – лица, застрахованные по обязательному медицинскому страхованию и включенные в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц Московской области, прикрепившиеся в установленном порядке к медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (на основании факта места жительства на территории обслуживания медицинской организации или заявления о выборе медицинской организации).

Подушевое финансирование – способ оплаты медицинской помощи, при котором объем финансирования медицинской организации зависит от численности прикрепившихся к медицинской организации (обслуживаемых медицинской организацией) застрахованных граждан.

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц – объем средств в расчете на одно застрахованное лицо, прикрепившееся к медицинской организации.

Случай госпитализации – случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара, в рамках которого осуществляется ведение одной медицинской карты стационарного больного, являющийся единицей объема медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС.

Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационара – совокупность диагностических, лечебных, реабилитационных и консультативных медицинских услуг, предоставленных пациенту в медицинской организации по основному заболеванию в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и на основе стандартов медицинской помощи – от момента поступления до выбытия (выпуска, перевод в другую медицинскую организацию или в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата.

Прерванный случай лечения – случай лечения в круглосуточном стационаре и (или) дневном стационаре (длительностью госпитализации 3 дня и менее), перевод пациента в другую медицинскую организацию, преждевременная выписка пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальный исход, а также проведение диагностических исследований, оказание услуг диализа.

Сверхдлительные сроки госпитализации – обусловленные медицинскими показаниями сроки госпитализации свыше 30 дней (кроме случаев госпитализации по КСГ, установленных Инструкцией по группировке случаев, в том числе правилами учета дополнительных классификационных критериев (письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 12.12.2017 № 14531/26-2/и) (далее – Инструкция), длительность госпитализации при которых составляет 45 дней).

Коэффициенты уровней и подуровней медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях:

К первому уровню относятся медицинские организации, оказывающие населению в пределах муниципального образования (внутригородского округа) по профилям терапия, хирургия, педиатрия;

Ко второму уровню относятся медицинские организации, имеющие в своей структуре отделения и (или) центры, оказывающие медицинскую помощь населению нескольких муниципальных образований, а также специализированные больницы, больницы скорой медицинской помощи, центры, диспансеры (противотуберкулезные, психоневрологические, наркологические и иные);

К третьему уровню оказания медицинской помощи относятся Федеральные государственные учреждения, областные институты, а также профили медицинской помощи, по которым у медицинской организации есть лицензия на оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Медицинская помощь, оказанная сверх базовой программы ОМС (сверхбазовая программа ОМС) – медицинская помощь, оказанная по страховым случаям и видам медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

II. Способы оплаты медицинской помощи

5. Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема предоставляемой в рамках Программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии, с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

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

5.1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- в медицинских организациях, имеющих прикрепившихся лиц – 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),

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, а также при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами Московской области, – за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- в рамках сверхбазовой программы ОМС – за единицу объема медицинской помощи – за посещение, за обращение (законченный случай).

5.2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний:

- 1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);
- 2) за случай госпитализации по заболеванию, включенному в соответствующую КППГ (в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования);
- 3) за законченный случай лечения заболевания по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с разделом I Перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, содержащего в том числе методы лечения и источники финансового обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи, установленного приложением к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов;

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

5.3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний:

- 1) за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КСГ/КППГ (в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования);
- 2) за случай лечения заболевания, включенного в соответствующую КППГ (в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования);

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

5.4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

- по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи;

– за вызов скорой медицинской помощи – в рамках сверхбазовой программы ОМС, при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, полис ОМС которым выдан на территории других субъектов Российской Федерации.

6. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

6.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях.

6.1.1. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу, представлен в Приложении № 1а к Тарифному соглашению.

6.1.2. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), представлен в Приложении № 1б к Тарифному соглашению.

6.1.3. Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими работниками фельдшерско-акушерских пунктов, посещений медицинских работников со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием, а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилю «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия».

Сверх подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи – оказываемой врачами-специалистами по профилям, не входящим в подушевое финансирование, медицинской помощи в неотложной форме, всех видов диспансеризации и профилактических осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, услуг скрининга рака шейки матки, внутриутробной эхокардиографии, услуг по проведению компьютерной томографии (позитронно-эмиссионной томографии), магнитно-резонансной томографии, комплексных услуг по пренатальной диагностике нарушений внутриутробного развития плода 1 и 2 этапов, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций, услуги аудиологического скрининга детей 1 года жизни (2 этап), первичной специализированной медицинской помощи по профилю «стоматология», первичной специализированной медицинской помощи оказываемой выездными бригадами, а также медицинских услуг, проводимых в консультативно-диагностических центрах и центрах здоровья.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, установленный в Приложении № 6 к Тарифному соглашению, рассчитан для однородных групп медицинских организаций исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, учитывающего рассчитанные для каждой медицинской организации половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива, коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание отдельных структурных подразделений медицинских организаций (фельдшерско-акушерских пунктов и т.п.), коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций, коэффициент дифференциации, учитывающий достижение целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.

6.1.4. Расчет размера базового (среднего) и дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие взаиморасчеты.

6.1.5. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение маммографии, флюорографии.

Межучрежденческие расчеты осуществляются по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложении №7б к Тарифному соглашению.

В межучрежденческих расчетах участвуют медицинские организации, финансируемые по подушевому нормативу.

6.1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной при стоматологических заболеваниях в амбулаторных условиях: в стоматологической поликлинике, в отделениях (кабинетах) стоматологического профиля медицинских организаций, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь, осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу с учетом УЕТ.

Законченный случай оказания стоматологической помощи предъявляется к оплате как совокупная стоимость лечебно-диагностических услуг, оказанных врачами-стоматологами и зубными врачами пациенту для достижения результата обращения за медицинской помощью, с указанием формулы зубов, предложенной Всемирной организацией здравоохранения.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях, установлен Приложением № 1г к Тарифному соглашению.

6.1.7. Порядок оплаты медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации отдельных категорий взрослого населения устанавливается Приложением № 18 к Тарифному соглашению.

6.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

6.2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в разрезе уровней оказания медицинской помощи представлен в Приложении № 2а.

6.2.2. Отнесение случаев лечения к КСГ, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовой ставки), и применение поправочных коэффициентов осуществляется с учетом Методических рекомендации и Инструкции.

6.2.3. Порядок оплаты **прерванных случаев** оказания медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным случаям медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 № 804н (далее – Номенклатура медицинских услуг), и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней –100% от стоимости КСГ;

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней –100% от стоимости КСГ.

Перечень групп, являющихся исключениями, оплата по которым осуществляется в полном объеме независимо от длительности лечения, установлен Приложением № 10в к Тарифному соглашению.

Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию, представлен в Приложении № 10д к Тарифному соглашению.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, в рамках круглосуточного стационара, если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной Медицинской организации в другую, оба случая лечения

заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев.

Если перевод пациента осуществляется в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

- проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

- случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

- этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара (например: удаление первичной опухоли кишечника с формированием колостомы (операция 1) и закрытие ранее сформированной колостомы (операция 2)).

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленным порядком.

При дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности с последующим родоразрешением оплата одного пролеченного случая по двум КСГ: st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.003 «Родоразрешение», а также st02.001 «Осложнения, связанные с беременностью» и st02.004 «Кесарево сечение» осуществляется в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более, длительностью менее 6 дней – как один законченный случай по КСГ, которая соответствует медицинской помощи, оказанной на койках для беременных и рожениц.

При этом оплата по двум КСГ возможна в случае пребывания в отделении патологии беременности не менее 2 дней при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- O14.1 Тяжелая преэклампсия;

- O34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;

- O36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;

- O36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;

- O42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией.

По каждому указанному случаю должна быть проведена медико-экономическая экспертиза и, при необходимости, экспертиза качества медицинской помощи.

В случае перевода пациента в круглосуточном стационаре из одного профильного отделения в другое в пределах одной медицинской организации, в том числе с целью проведения оперативного вмешательства, случай госпитализации подлежит учету в Реестре и оплачивается как один законченный случай по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Все случаи оказания медицинской помощи, предъявленные к оплате по двум и более тарифам КСГ в период одной госпитализации, подлежат обязательной экспертизе качества медицинской помощи.

В случае если фактическое количество дней введения в рамках прерванного случая соответствует количеству дней введения в тарифе, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии, оплата случаев лечения осуществляется в полном объеме по соответствующей КСГ.

В случае, если фактическое количество фракций меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии и хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, оплата осуществляется в размере 50% от стоимости КСГ.

В случае если проведение лучевой терапии пациенту ограничено одной или несколькими фракциями, оплата случаев лечения осуществляется путем отнесения случая к соответствующей КСГ исходя из фактически проведенного количества дней облучения (фракций).

Прерванные случаи проведения лучевой терапии в сочетании с лекарственной терапией (фактическое количество дней введения, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии, и (или) фактическое количество фракций, меньше предусмотренного в описании схемы лекарственной терапии) в размере 50% от стоимости КСГ.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

При переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного стационара (в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ 10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат 100%-ой оплате в рамках соответствующих КСГ, за исключением прерванных случаев, которые оплачиваются в соответствии с установленными правилами.

При учете медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара детям с двухсторонней нейросенсорной потерей слуха (код по МКБ-10 Н90.3) по КСГ № 172 «Замена речевого процессора», КСГ № 339 «Медицинская

реабилитация детей с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации», оплате подлежат случаи с соответствующим КСГ в рамках двух госпитализаций (две истории болезни) в течение 90 дней при соблюдении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Сурдология-оториноларингология», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.04.2015 № 178н, и правил направления граждан для оказания специализированной медицинской помощи в плановом порядке, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02.12.2014 № 796н «Об утверждении положения об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи».

При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях круглосуточного стационара осуществляется за услугу диализа только в сочетании с основной КСГ, являющейся поводом для госпитализации. В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в стационарных условиях принимается лечение в течение всего периода нахождения пациента в стационаре.

6.2.4. Во время пребывания в круглосуточном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемые в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своём составе кабинеты пренатальной диагностики установленные Приложением № 7в к Тарифному соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций.

6.2.5. Финансовое обеспечение проведения гистологических и цитологических исследований пациентов патологоанатомическими отделениями многопрофильных медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования, осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

6.2.6. Порядок оплаты высокотехнологичной медицинской помощи.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной осуществляется при соответствии кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным в рамках перечня видов высокотехнологичной медицинской помощи, установленным Приложением № 11 к Тарифному соглашению. В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется по соответствующей КСГ исходя из выполненной хирургической операции и/или других применяемых медицинских технологий.

Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных плановых объемов медицинской помощи.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях, устанавливается Приложением № 26 к Тарифному соглашению.

При направлении в медицинскую организацию, в том числе федеральную, с целью комплексного обследования и (или) предоперационной подготовки пациентов, которым в последующем необходимо проведение хирургического лечения, в том числе в целях дальнейшего оказания высокотехнологичной медицинской помощи, указанные случаи оплачиваются в рамках специализированной медицинской помощи по КСГ, формируемой по коду МКБ-10 либо по коду Номенклатуры медицинских услуг, являющемуся классификационным критерием в случае выполнения диагностического исследования.

Медицинская помощь, в том числе в неотложной форме, а также медицинская реабилитация в соответствии с порядками и на основе стандартов медицинской помощи, может быть предоставлена родителям (законным представителям), госпитализированным по уходу за детьми, страдающими тяжелыми хроническими инвалидизирующими заболеваниями, требующими сверхдлительных сроков лечения, и оплачивается медицинским организациям педиатрического профиля, имеющим необходимые лицензии, по соответствующей КСГ (КПП).

После оказания в медицинской организации, в том числе федеральной медицинской организации, высокотехнологичной медицинской помощи, при наличии показаний, пациент может продолжить лечение в той же организации в рамках оказания специализированной медицинской помощи. Указанные случаи оказания специализированной медицинской помощи оплачиваются по КСГ, формируемой по коду МКБ-10.

6.2.7. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Для КСГ NN st37.001 - st37.018 в стационарных условиях критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. При оценке 4-5-6 по ШРМ пациенту оказывается медицинская реабилитация в стационарных условиях. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и тяжелой степени тяжести

указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара с оплатой по соответствующей КСГ.

6.2.8. В стоимость КСГ по профилю «Акушерство и гинекология», предусматривающих родоразрешение, включены расходы на пребывание новорожденного в медицинской организации, где произошли роды. Пребывание здорового новорожденного в медицинской организации в период восстановления здоровья матери после родов не является основанием для предоставления на оплату по КСГ по профилю «Неонатология».

6.2.9. При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп для которых установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

6.2.10. Стоимость случая госпитализации при оказании медицинской помощи, в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, определяется как производное фактического количества койко-дней проведенных пациентом в стационаре в рамках одного случая госпитализации и тарифа стоимости 1 койко-дня госпитализации по соответствующей КПП.

6.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара.

6.3.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

6.3.2. Формирование КСГ/КПП, расчет средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПП (базовой ставки) и применение поправочных коэффициентов осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями и Инструкцией.

6.3.3. Порядок оплаты **прерванных случаев** оказания медицинской помощи, в том числе при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований, оказании услуг диализа в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

К прерванным в целях оплаты медицинской помощи также относятся случаи, при которых длительность госпитализации составляет менее 3 дней включительно, за исключением случаев, для которых длительность 3 дня и менее являются оптимальными сроками лечения.

В случае если пациенту была выполнена хирургическая операция (в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг) и (или) проведена тромболитическая терапия, являющиеся классификационными критериями отнесения данных случаев лечения к конкретным КСГ, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее –90% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней –100% от стоимости КСГ;

Если хирургическое лечение и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 50% от стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней – 100% от стоимости КСГ.

Перечень КСГ, по которым необходимо осуществлять оплату в полном объеме независимо от длительности лечения в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 12г к Тарифному соглашению. Перечень КСГ, которые предполагают хирургическое лечение в условиях дневного стационара, представлен в Приложении № 12д к Тарифному соглашению.

Если перевод пациента осуществляется в пределах одной медицинской организации, а заболевания относятся к одному классу МКБ-10, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

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

проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

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

случаи оказания медицинской помощи, связанные с установкой, заменой порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии.

При этом если один из случаев лечения является прерванным, его оплата осуществляется в соответствии с установленным порядком.

Случаи перевода пациента для продолжения лечения из круглосуточного стационара в дневной (и наоборот) в пределах одной медицинской организации подлежат учету и предъявляются к оплате отдельно по соответствующей КСГ.

Случаи оказания медицинской помощи в дневном стационаре с использованием вспомогательных репродуктивных технологий подлежат оплате независимо от фактов предшествующего или последующего перевода в круглосуточный стационар.

При оказании медицинской помощи по профилю «Онкология» случаи перевода пациентов из отделения хирургического профиля для дальнейшего лечения в химиотерапевтическое и/или отделение лучевой терапии предъявляются к оплате в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты.

Случаи лечения на койках патологии беременности (профиль «Акушерство и гинекология») длительностью более 5 дней с последующим переводом на койки для беременных и рожениц (профиль «Акушерство и гинекология» в круглосуточном стационаре) предъявляются к оплате и оплачиваются как законченный случай; случаи лечения длительностью 5 дней и менее – как прерванный случай в размере 45% от стоимости КСГ/КПП.

В период лечения в дневном стационаре по основному заболеванию допускаются и оплачиваются амбулаторные посещения к специалистам другого профиля вне графика пребывания пациента в дневном стационаре в случае, если данное посещение не относится к обследованию и лечению по основному заболеванию.

6.3.4. При оказании медицинской помощи пациентам, получающим услуги диализа, оплата в условиях дневного стационара осуществляется за услугу диализа и при необходимости в сочетании с основной КСГ, учитывающей основное (сопутствующее заболевание). В целях учета выполненных объемов медицинской помощи в рамках реализации Программы ОМС за единицу объема в условиях дневного стационара принимается один месяц лечения.

6.3.5. При проведении в дневном стационаре допускаются и оплачиваются комплексные услуги по проведению пренатальной диагностики нарушений внутриутробного развития плода, оказываемые в амбулаторных условиях медицинскими организациями, имеющими в своём составе кабинеты пренатальной диагностики установленные Приложением № 7в к Тарифному соглашению, за исключением генетического обследования беременных по выявлению (подтверждению) врожденных аномалий (пороков) развития у плода в медико-генетических консультациях (центрах) и соответствующих структурных подразделениях медицинских организаций,

6.3.6. Лечение по профилю «медицинская реабилитация» производится в медицинских организациях и структурных подразделениях медицинских организаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация».

Для КСГ NN ds37.001 - ds37.012 в условиях дневного стационара критерием для определения индивидуальной маршрутизации пациента служит оценка состояния по Шкале Реабилитационной Маршрутизации (ШРМ). При оценке 2 по ШРМ пациент получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара. При оценке 3 по ШРМ медицинская реабилитация оказывается пациенту в условиях дневного стационара или в стационарных условиях в зависимости от состояния пациента. Градации оценки и описание Шкалы Реабилитационной Маршрутизации приведены в Инструкции.

Критерием для определения индивидуальной маршрутизации реабилитации детей, перенесших заболевания перинатального периода, с нарушениями слуха без замены речевого процессора системы кохлеарной имплантации, с онкологическими, гематологическими и иммунологическими заболеваниями в тяжелых формах продолжительного течения, с поражениями центральной нервной системы, после хирургической коррекции врожденных пороков развития органов и систем, служит оценка степени тяжести заболевания. При средней и легкой степени тяжести указанных заболеваний ребенок получает медицинскую реабилитацию в условиях дневного стационара.

6.3.7. Оплата случаев лечения, оказываемых в условиях дневного стационара, медицинскими организациями, находящимися на территории закрытых административных территориальных образований (далее - ЗАТО), осуществляется с применением коэффициента подуровня 1,2.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, находящихся на территории ЗАТО, представлен в Приложении № 3 к Тарифному соглашению.

6.3.8. Оплата процедур экстракорпорального оплодотворения осуществляется в зависимости от этапа по соответствующим КСГ, установленным в Приложении №12а к Тарифному соглашению.

Оплата хранения криоконсервированных эмбрионов за счет средств обязательного медицинского страхования не осуществляется.

6.3.9. При выделении в структуре КСГ с учетом классификационных критериев подгрупп для которых установлен коэффициент относительной затратоемкости, отличный от коэффициента относительной затратоемкости базовой КСГ, оплата медицинской помощи осуществляется по стоимости подгруппы КСГ.

6.3.10. Стоимость случая лечения при оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, определяется как производное фактического количества койко-дней проведенных пациентом в дневном стационаре в рамках одного случая лечения и тарифа стоимости 1 койко-дня лечения по соответствующей КПП:

6.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации.

6.4.1. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, в том числе перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается Приложением № 4 к Тарифному соглашению.

6.4.2. Расчет размера базового (среднего) подушевого норматива финансирования и размера дифференцированных подушевых нормативов финансирования осуществляется в соответствии с Методическими рекомендациями.

Средневзвешенный интегрированный коэффициент дифференциации подушевого норматива, установленный в Приложении № 14а к Тарифному соглашению, рассчитан для однородных групп медицинских организаций исходя из значений интегрированного коэффициента дифференциации подушевого норматива, учитывающего рассчитанные для каждой медицинской организации половозрастной коэффициент дифференциации подушевого норматива и коэффициент дифференциации по уровню расходов на содержание медицинских организаций.

6.4.3. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), осуществляется за вызов:

а) скорой медицинской помощи с применением медицинской технологии «тромболизис»;

б) скорой медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, находящимся вне территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования.

6.4.4. Оплата дежурств бригад скорой медицинской помощи при проведении массовых мероприятий (спортивных, культурных и др.), безрезультативных выездов за счет средств ОМС не осуществляется.

7. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы ОМС, устанавливается Приложением № 5 к Тарифному соглашению.

Порядок учет и оплаты медицинской помощи по сверхбазовой программе обязательного медицинского страхования устанавливается Приложением № 18 к Тарифному соглашению.

III. Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи

8. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение Программы ОМС, с учетом федеральных нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Программой ОМС.

9. Структура 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 (за исключением приобретения оборудования в рамках оказания высокотехнологичной медицинской помощи).

10. Перечень расходов, входящих в структуру тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по Программе ОМС, в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации от 01.07.2013 № 65н «Об утверждении Указаний о порядке применения бюджетной классификации Российской Федерации», устанавливается Приложением № 17 к Тарифному соглашению.

Расходы, включенные в тариф, осуществляются в пределах объема финансовых средств, утвержденных Планом финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации в части средств ОМС, с учетом выполнения плановых объемов, определенных Программой ОМС.

11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.

11.2. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 4 429,02 руб. по всем единицам объема.

11.3. Размер базового подушевого норматива финансирования медицинских организаций при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, составляет 165,0 руб. в месяц (1 980,0 руб. в год).

11.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 6 к Тарифному соглашению.

11.5. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложениями №№ 7а, 7б, 7в, 7г, 7д к Тарифному соглашению.

11.6. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан устанавливаются Приложением № 9 к Тарифному соглашению.

11.7. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, выраженной в УЕТ, устанавливаются Приложением № 8 к Тарифному соглашению.

12. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.

12.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 5 219,60 руб.

12.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения (базовая ставка) составляет 22 135,20 руб.

12.3. Перечень КСГ и коэффициенты относительной затратно-емкости установлены Приложением № 10а к Тарифному соглашению.

12.4. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ, установлены Приложением № 10б к Тарифному соглашению.

12.5. Коэффициенты уровня и подуровня оказания медицинской помощи установлены Приложением № 2а к Тарифному соглашению.

12.6. Тарифы на оплату случаев лечения с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи установлены Приложением № 11 к Тарифному соглашению.

12.7. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 13 к Тарифному соглашению.

12.8. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, установлены Приложением № 10г к Тарифному соглашению.

13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара.

13.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 1 369,76 руб.

13.2. Размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ/КПП, (базовая ставка) составляет 11 626,40 руб.

13.3. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратно-емкости установлены Приложением № 12а к Тарифному соглашению.

13.4. Управленческие коэффициенты, применяемые к КСГ, установлены Приложением № 13б к Тарифному соглашению.

13.5. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПП, установлены Приложением № 12в к Тарифному соглашению.

13.6. Тарифы на оплату услуг диализа установлены Приложением № 13 к Тарифному соглашению.

14. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации.

14.1. Тарифы и подушевые нормативы в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение выплат стимулирующего характера: врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

14.2. Средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Программой ОМС, составляет 755,34 руб.

14.3. Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи составляет 61,1 руб. в месяц (733,2 руб. в год).

14.4. Коэффициенты дифференциации, применяемые для расчета

дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи, устанавливаются Приложением № 14а к Тарифному соглашению.

14.5. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе тарифы, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются Приложением № 14б к Тарифному соглашению.

15. **Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы ОМС** устанавливаются Приложением № 15 к Тарифному соглашению.

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

16. 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 страхованию» 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 № 16).

V. Заключительные положения

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

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

19. Внесение изменений в Тарифное соглашение:

19.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение рассматриваются на заседании Комиссии;

19.2. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение.

20. Корректировка (индексация) тарифов на оплату медицинской помощи производится в соответствии с изменением доходной части бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов, за исключением доходов, имеющих целевое назначение.

21. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования устанавливается Приложением № 18 к Тарифному соглашению.

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

Приложение № 1а. Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу.

Приложение № 1б. Перечень медицинских организаций, не имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи.

Приложение № 1в. Перечень медицинских организаций, имеющих в составе консультативно-диагностический центр (КДЦ)

Приложение № 1г. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях.

Приложение № 2а. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи.

Приложение № 2б. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в стационарных условиях.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара.

Приложение № 4. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций.

Приложение № 5. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования.

Приложение № 6. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь).

Приложение № 7а. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

Приложение № 7б. Тарифы на простые медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях и услуги, применяемые в рамках межучрежденческих расчетов.

Приложение № 7в. Тарифы на комплексные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях.

Приложение № 7г. Тарифы на неотложную медицинскую помощь, оказываемую в амбулаторных условиях.

Приложение № 7д. Тарифы на медицинские услуги, оказываемые в Центрах здоровья в амбулаторных условиях.

Приложение № 8. Стоимость УЕТ и классификатор медицинских услуг по оказанию первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи, оказанной в амбулаторных условиях, выраженной в УЕТ.

Приложение № 9. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан.

Приложение № 10а. Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 10б. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (круглосуточный стационар).

Приложение № 10в. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (круглосуточный стационар).

Приложение № 10г. Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.

Приложение № 10д. Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию.

Приложение № 11. Тарифы случаев лечения по видам высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Приложение № 12а. Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратноемкости КСГ/КПП (дневной стационар).

Приложение № 12б. Управленческие коэффициенты (дневной стационар).

Приложение № 12в. Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ/КПП (дневной стационар)

Приложение № 12г. Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (дневной стационар).

Приложение № 12д. Перечень КСГ дневного стационара, которые предполагают хирургическое лечение

Приложение № 13. Тарифы на медицинские услуги при проведении услуг диализа.

Приложение № 14а. Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи.

Приложение № 14б. Тарифы на оплату вызова скорой медицинской помощи, в том числе тарифы, применяемые для осуществления межтерриториальных расчетов.

Приложение № 15. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой при социально-значимых заболеваниях (сверхбазовая программа ОМС).

Приложение № 16. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

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

Приложение № 18. Порядок взаимодействия участников системы обязательного медицинского страхования.

ПОДПИСИ СТОРОН:

Министр здравоохранения Московской области

Д.А. Матвеев

Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области

О.А. Мисюкевич

Председатель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации

А.И. Домников

Председатель Правления Некоммерческого партнерства «Врачебная Палата Московской области»

С.А. Лившиц

Заместитель Генерального директора ООО ВТБ МС

М.Ф. Фарбер

Главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Красногорская городская больница № 1»

К.Э. Соболев