

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2016 ГОД**

город Москва

« 25 » декабря 2015 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 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 Правления Региональной
общественной организации «Столичное
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 2016 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, размер и 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 21.10.2015 № 59 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год», постановления Правительства Москвы от 24.12.2015 № 949-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год».

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 медицинской помощи в иных медицинских организациях, включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в расчетах за оказанную медицинскую помощь (далее - горизонтальные расчеты), согласно приложению 1.2 к настоящему Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, не участвующих в горизонтальных расчетах и включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), в том числе: за законченный случай лечения заболевания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии в зависимости от фактического количества койко-дней и при оказании отдельных медицинских услуг.

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

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний) в зависимости от фактического количества пациенто-дней и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи при оказании медицинской помощи в иных медицинских организациях, включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских

организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний) в зависимости от фактического количества пациенто-дней, который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, не участвующих в горизонтальных расчетах и включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.1.4. При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), а также скорой медицинской помощи, оказанной в амбулаторных и стационарных условиях выездными экстренными консультативными бригадами скорой медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы – по подушевому нормативу финансирования на лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (вызов бригады скорой медицинской помощи) в соответствии с профилем бригады скорой медицинской помощи при оказании скорой медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в других субъектах Российской Федерации.

При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, в том числе скорой специализированной, иных медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, при условии заключения этими медицинскими организациями соответствующих договоров со Станцией скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), – по установленному тарифу на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (вызов бригады скорой медицинской помощи) в соответствии с профилем бригады скорой медицинской помощи.

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 настоящему Тарифному соглашению.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, приведен в приложении № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3. 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 настоящему Тарифному соглашению.

2.2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепленное население, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.5. 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.

2.2.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению.

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

- 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.

2.2.8. Перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара взрослому и детскому населению, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования, приведен в приложении № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.9. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население, приведен в приложении № 1.4 к настоящему Тарифному соглашению.

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 настоящему 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 по обязательному медицинскому страхованию (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

2.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих **скорую медицинскую помощь** вне медицинских организаций, приведен в приложении № 4 к настоящему 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 настоящему 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 21.10.2015 № 59 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2016 год».

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), врачам отделений медицинской помощи населению на дому, медицинским сестрам медицинского поста, 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 – 1 357,55 рублей;
- в неотложной форме – 265,16 рублей;
- в связи с заболеваниями – 4 549,76 рублей.

3.7.2. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой 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 5 640,00 рублей, в том числе:

- до одного года – 27 805,20 рублей;
- один год – семнадцать лет – 9 136,80 рублей;
- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 2 425,20 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 4 737,60 рублей;
шестьдесят лет и старше мужчины – 5 188,80 рублей;
пятьдесят пять лет и старше женщины – 7 839,60 рублей.

3.7.3. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016 год, приведен в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.4. 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.

3.7.5. 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:

до одного года;

один год – семнадцать лет;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет и старше мужчины;

пятьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для амбулаторно-поликлинических организаций с подушевым финансированием на 2016 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 6 257,13 рублей, в том числе по медицинской реабилитации – 48,14 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 – 550,61 рублей.

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 – 1 117,60 рублей.

3.10.2. Годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи устанавливается в следующем размере – 1 117,60 рублей. Подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи рассчитывается ежемесячно, исходя из среднемесячного количества застрахованных по ОМС лиц.

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

3.10.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, в 1 квартале 2016 года осуществляется МГФОМС, в соответствии с заключенным между Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы Договором о финансировании расходов на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве.

3.10.5. С 01.04.2016 г. оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется СМО, в соответствии с заключенными между страховыми медицинскими организациями и Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы Договорами о финансировании расходов на оказание скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве.

3.11. Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включает в себя 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 учреждениях (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.

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.

4.3. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию медицинской помощи гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС, приведен в приложении № 13.3 к настоящему Тарифному соглашению.

4.4. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи гражданам, застрахованным по ОМС в г. Москве, приведен в приложении № 13.4 к настоящему Тарифному соглашению.

4.5. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, гражданам, застрахованным по ОМС на территории других субъектов РФ, приведен в приложении № 13.5 к настоящему Тарифному соглашению.

4.6. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и последствия неисполнения договорных обязательств по оказанию скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС, приведен в приложении № 13.6 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 в соответствии с Порядком направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе ОМС (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению).

Предложения по редакции действующих и/или включению новых медицинских услуг должны содержать информацию, согласно утвержденным формам «Технологическая карта медицинской услуги» (приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению) и «Технологическая карта комплексной медицинской услуги» (приложение № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению), 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. Распределение объемов медицинской помощи по медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы ОМС, устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5.3. Порядок внесения изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.3.1. Предложения по внесению изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи направляются медицинскими организациями по форме приложения № 15 к настоящему Тарифному соглашению с обоснованиями необходимых изменений в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС.

5.3.2. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС рассматривает предложения медицинских организаций по внесению изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.4. Порядок разрешения споров.

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

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

5.5. 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.

5.6. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2016 г. и действует до 31.12.2016 г.

**От Департамента
здравоохранения г. Москвы**



А.И. Хрипун

**От Московского городского
фонда обязательного
медицинского страхования**



В.А. Зеленский

**От Профессионального союза
работников здравоохранения
г. Москвы**



С.В. Ремизов

**От страховых медицинских
организаций**



Н.Е. Куранова

**От Медицинской
профессиональной
некоммерческой организации**



Ш.М. Гайнулин