

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2017 ГОД**

город Москва

«29» декабря 2016 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 2017 год (далее – Тарифное соглашение), о нижеследующем:

Раздел 1 «Общие положения»

1.1. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой 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), Законом г. Москвы от 23.11.2016 № 43 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов», постановлением Правительства Москвы от 23.12.2016 № 935-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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.

1.5. Основные термины и определения, используемые в рамках настоящего Тарифного соглашения.

1.5.1. Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного

оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.5.2. Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом.

1.5.3. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.5.4. Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

1.5.5. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

1.5.6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.5.7. Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

1.5.8. Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

1.5.9. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

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

1.5.11. Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

1.5.12. Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

1.5.13. Тяжесть заболевания или состояния – критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением;

1.5.14. Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

1.5.15. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

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

1.5.17. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

1.5.18. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях,

травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

1.6. Тарифное соглашение включает в себя:

1.6.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.7. 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, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц. (Приложение № 1.4 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.8. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО (Приложение № 1.5 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.9. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу

финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.6.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.10. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.6.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.11. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.6.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.12. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.13. Инструкция по учету медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.14. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.15. Положение о Порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.16. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.17. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (Приложение № 7 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.18. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» (Приложение № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.19. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 8.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.20. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 8.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.21. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.22. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (Приложение № 10 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.23. Перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара взрослому и детскому населению, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.24. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.25. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам на 2017 год (Приложение № 12 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.26. 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 (Приложение № 13.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.27. 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 (Приложение № 13.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.28. 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 (Приложение № 13.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.29. 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 (Приложение № 13.4 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.30. 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 (Приложение № 13.5 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.31. 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, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию (Приложение № 13.6 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.32. Порядок направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе ОМС (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.33. Технологическая карта медицинской услуги (Приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.34. Технологическая карта комплексной медицинской услуги (Приложение № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.6.35. Типовая форма обращения медицинской организации, участвующей в системе обязательного медицинского страхования города Москвы, по поводу коррекции объемов медицинской помощи и финансового обеспечения (Приложение № 15 к настоящему Тарифному соглашению).

Приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»

2.1. Порядок взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования по организации оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам, в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Территориальная программа ОМС), осуществляется в соответствии с «Положением о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы» (Приложение №5 к настоящему Тарифному соглашению).

2.2. При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС:

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»):

- 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), согласно приложению № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению, 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 прикрепившимся к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, 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.

2.2.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология»:

- по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), согласно приложению № 1.6.1 к настоящему Тарифному соглашению, 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 профилю «стоматология» по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.6.2 к настоящему Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи по профилю «стоматология», оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепившимся к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации, 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 по профилю «стоматология», не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.6.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3. При оплате первичной медико-санитарной помощи по профилю «дерматология», оказанной в амбулаторных условиях в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии 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 – 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.

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

- за законченный или прерванный (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) 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.

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

2.2.5.1. За законченный или прерванный (при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации, летальном исходе, а также при проведении диагностических исследований) случай (далее – прерванный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению;

2.2.5.2. За законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в утвержденный Тарифным соглашением 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;

2.2.5.3. За законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, включенной в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских услуг, включенной в перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению;

2.2.5.4. За законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации;

2.2.5.5. За законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, и не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению;

2.2.5.6. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, согласно приложению № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи, оказанной в 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.

2.2.6. При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, 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 застрахованным лицам по ОМС в других субъектах Российской Федерации.

При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, иных медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, 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.

2.3. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология») и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

2.3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

2.3.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению.

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

2.3.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не

участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.6. 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.

2.3.7. Перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара взрослому и детскому населению, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.8. 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, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении № 1.4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.3.9. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО, приведен в приложении № 1.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология», оказанной в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах приведен, в приложении № 1.6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.6.3 к Тарифному соглашению.

2.5. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в медицинских организациях согласно Приложениям № 1.1, № 1.6.1, 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 по профилю «стоматология», в том числе 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.

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

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

2.6.2. Порядок оплаты, в том числе прерванных случаев лечения, устанавливается в соответствии с Инструкцией по учету медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

2.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в приложении № 4 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 23.11.2016 № 43 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 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), 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;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) 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. Средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенные на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливаются для медицинской помощи, оказываемой:

- с профилактическими и иными целями – 1 483,20 рублей;

- в неотложной форме – 265,16 рублей;

- в связи с заболеваниями – 4 672,16 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 прикрепившихся лиц к медицинской организации, в размере 6 402,00 рублей, в том числе:

- до одного года – 30 601,56 рублей;

- один год – семнадцать лет – 11 075,46 рублей;

- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 2 688,84 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 5 185,62 рублей;
шестьдесят лет и старше мужчины – 5 697,78 рублей;
пятьдесят пять лет и старше женщины – 8 642,70 рублей.

3.7.2.1. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, в размере 311,40 рублей, в том числе:

ноль – четыре года – 320,12 рублей;
пять лет – семнадцать лет – 1098,93 рублей;
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 162,24 рублей;
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 218,29 рублей;
шестьдесят лет и старше мужчины – 205,52 рублей;
пятьдесят пять лет и старше женщины – 258,46 рублей.

3.7.2.2. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «дерматология», в размере – 77,92 рублей. Подушевой норматив финансирования медицинской помощи по профилю «дерматология», оказанной в амбулаторных условиях, рассчитывается ежемесячно, исходя из среднемесячного количества застрахованных по ОМС лиц.

3.7.3. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам на 2017 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 горизонтальных расчетов, 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 медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на 2017 год приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

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

ноль – четыре года;

пять лет – 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 медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», на 2017 год приведены в приложении № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.8.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере 6 842,13 рублей, в том числе по медицинской реабилитации – 60,89 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 приложениях № 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. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в следующем размере – 719,29 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 горизонтальных расчетов, 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. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, 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, 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 на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

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 внесения изменений или дополнений в Тарифное соглашение являются:

- внесение изменений/дополнений в Территориальную программу ОМС;
- решение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС;
- внесение изменений/дополнений в действующие законодательные и/или нормативные правовые акты РФ и/или г. Москвы или признание их утратившими силу;

- принятие законодательных и/или 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 01.01.2017 г. и действует до 31.12.2017 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