# **ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ**

# **по реализации сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Красногорск | 30 июня 2025 г. |
|  |  |

**I. Общие положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение по реализации сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2025 год   
(далее – Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС) 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 27.12.2024 № 1940 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» (далее – Программа), постановлением Правительства Московской области от 28.12.2024 № 1764-ПП «О Московской областной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Московской области от 20.05.2025 № 540-ПП «Об утверждении Порядка предоставления межбюджетных трансфертов из бюджета Московской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области и признании утратившими силу некоторых постановлений Правительства Московской области» и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Московской области, регулирующими правоотношения по предмету настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС, между

Министерством здравоохранения Московской области (далее – МЗ МО), в лице Заместителя Председателя Правительства Московской области - министра здравоохранения Московской области Забелина Максима Васильевича;

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области (далее – ТФОМС МО), в лице директора Даниловой Людмилы Павловны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Суслоновой Нины Владимировны,

Ассоциацией «Врачебная палата Московской области», в лице Председателя Правления Лившица Сергей Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице заместителя директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Алексеевой Юлии Анатольевны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами.

2. Предметом настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС является установление способа, порядка оплаты и тарифов на оплату дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, предоставляемых в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования (далее – сверхбазовая программа ОМС) в рамках Московской областной программы обязательного медицинского страхования за счет межбюджетного трансферта из бюджета Московской области бюджету Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области (далее – межбюджетный трансферт).

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

4. Для целей настоящего Тарифного соглашения по сверхбазовой программе ОМС используются следующие основные понятия и определения:

Понятия «медицинская помощь», «медицинская услуга», «пациент» применительно к настоящему Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС 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 по сверхбазовой программе ОМС используются в значении, определенном Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

**Случай госпитализации в круглосуточном стационаре, случай лечения в дневном стационаре** – 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 сверхбазовой программы ОМС.

**Посещение с профилактической и иной целью** –единица объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (включая посещений, связанные с профилактическими мероприятиями, в том числе посещения среднего медицинского персонала, разовые посещения в связи с заболеваниями).

Тарифы на посещения с профилактической и иной целью включают в себя комплекс медицинских мероприятий (инструментальные, диагностические, лабораторные и иные исследования), предусмотренные стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями.

Учет посещений 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».

**Законченный случай лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационаров** – 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 (выписка, перевод в другое профильное отделение пациента по поводу другого или сопутствующего заболевания) в случае достижения клинического результата, подтвержденного первичной медицинской документацией, и без клинического результата.

**II. Способы оплаты медицинской помощи**

**1. Применяемые способы оплаты в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС.**

Оплата медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, осуществляется на основании договоров на оказание и оплату медицинской помощи в рамках сверхбазовой программы ОМС за фактически оказанную медицинскую помощь в рамках годового объема и финансового обеспечения предоставляемой в рамках сверхбазовой программы ОМС конкретной медицинской организации медицинской помощи по условиям ее оказания, распределенного решением Комиссии по разработке Московской областной программы обязательного медицинского страхования (далее – Комиссия) с разбивкой по кварталам (далее – плановый объем медицинской помощи).

Объемы медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи, предусмотренных сверхбазовой программой ОМС, учитываются отдельно от объемов медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи, предусмотренных базовой Программой ОМС.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты:***

- за единицу объема медицинской помощи – за посещение.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, применяются следующие способы оплаты:***

- за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний.

***При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара,*** ***применяются следующие способы оплаты:***

- за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного   
в соответствующую группу заболеваний.

**2. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в амбулаторно-поликлинических условиях.**

2.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС, устанавливается Приложением № 1 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

2.2. Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, осуществляется в пределах утвержденных Комиссией объемов медицинской помощи по тарифам за единицу объема медицинской помощи - за посещение.

2.3. Посещения среднего медицинского персонала, не ведущего самостоятельный амбулаторный прием, в том числе посещения доврачебного кабинета, консультации амбулаторных больных врачами стационаров, повторные посещения врача одной и той же специальности в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи не подлежат оплате, за исключением медицинской помощи по профилю «фтизиатрия». Медицинская помощь в амбулаторных условиях по профилю «фтизиатрия», оказанная в один день специалистами структурных подразделений ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер» отнесенных к разным уровням оказания медицинской помощи (в соответствии с Приложением № 1а), оплачивается за каждое посещение соответствующего специалиста.

2.4. Посещение в течение дня больным по поводу одного и того же заболевания (профилактического осмотра) одного и того же врача (специалиста одного профиля), учитывается как одно посещение.

**3. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, в условиях круглосуточного стационара.**

3.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 2.

3.2. Стоимость случая госпитализации при оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, определяется как произведение фактического количества койко-дней, проведенных пациентом в стационаре в рамках одного случая госпитализации, и тарифа стоимости 1 койко-дня госпитализации по соответствующей группе заболеваний.

**4. Порядок применения способов оплаты медицинской помощи, оказываемой** **в рамках сверхбазовой программы ОМС, в условиях дневного стационара.**

4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС, представлен в Приложении № 3.

4.2. Стоимость случая лечения при оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках сверхбазовой программы обязательного медицинского страхования, определяется как произведение фактического количества пациенто-дней, проведенных пациентом в дневном стационаре в рамках одного случая лечения, и тарифа стоимости 1 пациенто-дня лечения по соответствующей группе заболеваний.

**5. Учет и оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС.**

5.1. Стоимость законченного случая лечения в условиях круглосуточного и (или) дневного стационаров определяется по следующей формуле:

Ti = Tiкд/пд\* D, где:

Ti кд/пд – тариф койко-дня/пациенто-дня;

D – фактическая длительность лечения;

Ti – тариф за законченный случай лечения по соответствующему профилю;

5.2. Случаи длительной госпитализации более 30 дней принимаются к оплате ежемесячно. При этом в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 109/209 «Лечение продолжено» для оплаты в отчетном месяце за законченный случай госпитализации. При окончательной выписке пациента в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 101/201 «Выписан».

При этом в поле реестра счетов Nhistory указывается номер карты пациента, а после символа «+» месяц оказания медицинской помощи (например, для медицинской помощи, оказанной в отчетном месяце июль пациенту с номером карты 429, поле реестра счетов Nhistory будет принимать значение 429+07).

Значение поля реестра счетов KOL\_FACT при результате госпитализации 109/209 «Лечение продолжено» рассчитывается как дата окончания лечения минус дата начала лечения плюс один, при результате госпитализации 101/201 «Выписан» значение поля реестров счетов KOL\_FACT рассчитывается как дата окончания лечения минус дата начала лечения.

5.3. В случае необходимости продолжения лечения пациента в условиях дневного стационара, после перевода из круглосуточного стационара в поле реестра счетов REZ\_GOSP указывается результат 103 «Переведен в дневной стационар». Учет медицинской помощи в условиях дневного стационара начинается с 1го дня.

5.4. Для оплаты случая лечения в качестве основного диагноза указывается код по МКБ-10, являющийся основным поводом к госпитализации.

При этом в случае, когда пациент, страдающий ВИЧ-инфекцией, госпитализирован в медицинскую организацию по профилю «фтизиатрия», для оплаты медицинской помощи в поле реестра счетов MKB1 «Основной диагноз» указывается диагноз по профилю «фтизиатрия», в поле реестра счетов MKB2 «Сопутствующий диагноз» указывается диагноз ВИЧ.

5.5. Случаи оказания медицинской помощи по профилю «фтизиатрия» амбулаторно, пересекающиеся со сроками пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара, не подлежат отклонению на этапе МЭК по коду дефекта 1.10.5.

**III.** **Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи**

1. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных бюджетом ТФОМС МО на финансовое обеспечение сверхбазовой программы ОМС, с учетом нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат на единицу объема, установленных Московской областной программой ОМС.

Структура тарифа на оплату медицинской помощи, оказываемой по сверхбазовой программе ОМС включает расходы:

на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты;

на 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);

на организацию питания (при отсутствии организованного питания

в медицинской организации);

на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ

и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств;

на арендную плату за пользование имуществом;

на оплату программного обеспечения и прочих услуг;

на социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации;

на прочие расходы.

В расчет тарифов включаются затраты медицинской организации, непосредственно связанные с оказанием медицинской помощи (медицинской услуги) и потребляемые в процессе ее предоставления, и затраты, необходимые для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемые непосредственно в процессе оказания медицинской помощи.

К затратам, необходимым для обеспечения деятельности медицинской организации в целом, но не потребляемым непосредственно в процессе оказания медицинской помощи (медицинской услуги), относятся затраты, которые невозможно отнести напрямую к затратам, непосредственно связанным с оказанием медицинской помощи.

Порядок отнесения затрат на содержание медицинской организации устанавливается локальным нормативным актом (учетной политикой). Решение о распределении (перераспределении) конкретного объема финансовых затрат между предметными статьями (подстатьями) принимается руководителем медицинской организации.

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

1.1. В целях финансового обеспечения Медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, в пределах установленного плана месяца (1/3 квартального финансового плана, установленного Комиссией), при формировании Сводной справки**,** содержащей агрегированную информацию о структуре, тарифах и стоимости оказанной медицинской помощи и сформированной из соответствующего Реестра счетов, осуществляется расчет коэффициента доведения до финансового плана КФП, который применяется к стоимости оказанной медицинской помощи, сформированной по тарифам.

Расчет КФП осуществляется Медицинской организацией с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов с последующей верификацией ТФОМС МО на этапе проведения форматно-логического контроля приемки реестров счетов.

Расчет объема финансирования за оказанную медицинскую помощь в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС осуществляется по единой формуле, применяемой для каждой записи Реестра счетов:

ОМП = ОБ \* Т,

где

ОМП – объем финансовых средств за оказанную медицинскую помощь (страховые случаи оказания медицинской помощи) в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный Медицинской организацией, в рублях, целое число;

ОБ – объем (количество, целое число) фактически оказанных медицинских услуг: посещений, законченных случаев лечения;

Т – тариф согласно Приложению № 4 к Тарифному соглашению (в рублях, с округлением до целого числа);

Расчет коэффициента доведения до финансового плана осуществляется по формуле:

КФП = ФПМ / ОМП,

где

КФП – коэффициент доведения до финансового плана месяца (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ – финансовый план месяца;

ФПМ = 1/3×СПКВСЗ,

где

СПКВСЗ – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи   
(в соответствии с решением Комиссии);

Значение КФП может иметь значение как больше единицы, так и меньше единицы.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана осуществляется в разрезе видов медицинской помощи: для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях - КФП1, в условиях стационара - КФП2, в условиях дневных стационаров всех типов - КФП3.

Расчет КФП1, КФП2, КФП3 осуществляется медицинской организацией с применением специализированного программного обеспечения по формированию реестра счетов с последующей верификацией ТФОМС МО на этапе проведения форматно-логического контроля приемки реестров счетов.

Расчет коэффициента доведения до финансового плана для медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (КФП1) осуществляется по формуле:

КФП1 = ФПМ1 / ОМП1,

где

КФП1 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для амбулаторно-поликлинической помощи (округляется до 8 знаков после запятой;

ФПМ1 – финансовый план месяца амбулаторно-поликлинической помощи;

ОМП1 – объем финансовых средств текущего месяца за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

ФПМ1 = 1/3×СПКВСЗ1

где

СПКВСЗ1 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии).

Расчет коэффициента доведения до финансового плана медицинской помощи, оказанной в условиях стационара (КФП2) осуществляется по формуле:

КФП2 = ФПМ2 / ОМП2,

где

КФП2 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ2 – финансовый план месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях стационара;

ОМП2 – объем финансовых средств текущего месяца за оказанную медицинскую помощь в условиях стационара в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

ФПМ2 = 1/3×СПКВСЗ2

где

СПКВСЗ2 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

Расчет коэффициента доведения до финансового плана в условиях дневных стационаров всех типов (КФП3) осуществляется по формуле:

КФП3 = ФПМ3 / ОМП3,

где

КФП3 – коэффициент доведения до финансового плана месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов (округляется до 8 знаков после запятой);

ФПМ3 – финансовый план месяца для медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров всех типов;

ОМП3 – объем финансовых средств текущего месяца, за оказанную медицинскую помощь в условиях дневных стационаров всех типов в рамках реализации сверхбазовой программы ОМС, полученный медицинской организацией, в рублях, целое число.

ФПМ3 = 1/3×СПКВСЗ3

где

СПКВСЗ 3 – плановый квартальный объем стоимости медицинской помощи, оказанной в условиях стационара, согласно распределению финансового обеспечения медицинской помощи (в соответствии с решением Комиссии);

Значение КФП1, КФП2, КФП3 может иметь значение как больше единицы, так и меньше единицы.

**2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях.**

2.1. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных сверхбазовой программой ОМС, составляет 99,31 руб. по всем единицам объема.

2.3. Тарифы на оплату единицы объема амбулаторной медицинской помощи в части сверхбазовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, установлены Приложением № 4 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

**3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях.**

3.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 413 518,67 руб.

3.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в стационарных условиях, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 128,52 руб.

3.4. Тарифы стоимости 1 койко-дня госпитализации по соответствующей группе заболеваний круглосуточного стационара установлены Приложением № 4 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

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

4.1. Средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии со сверхбазовой программой ОМС составляет 11 475,06 руб.

4.3. Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в условиях дневного стационара, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации сверхбазовой программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, составляет 0,12 руб.

4.4. Тарифы стоимости 1 пациенто-дня лечения по соответствующей группе заболеваний дневного стационара установлены Приложением № 4 к Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС.

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

В целях реализации приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» настоящим Тарифным соглашением по сверхбазовой программе ОМС 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 № 5).

Размеры подушевых нормативов в разрезе условий оказания медицинской помощи, применяемые для расчета штрафных санкций в рамках сверхбазовой программы ОМС:

|  |  |
| --- | --- |
| 99,31 | Размер подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в соответствии со сверхбазовой программой ОМС |
| 128,52 | Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС |
| 0,12 | Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии со сверхбазовой программой ОМС |

**V.** **Заключительные положения**

1. Настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих сверхбазовую программу ОМС.

2. Настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС вступает в силу с 1 июля 2025 года и действует по 31 декабря 2025 года.

3. Внесение изменений в Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС:

3.1. Все изменения в настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС рассматриваются на заседании Комиссии;

3.2. Внесение изменений в настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС производится путем заключения дополнительных соглашений к нему в том же порядке, в котором заключено настоящее Тарифное соглашение по сверхбазовой программе ОМС.

4. К настоящему Тарифному соглашению по сверхбазовой программе ОМС прилагаются и являются его неотъемлемой частью следующие приложения:

Приложение № 1. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 1а. Перечень структурных подразделений ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер», оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 3. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара в рамках сверхбазовой программы ОМС.

Приложение № 4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках сверхбазовой программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов.

Приложение № 5. 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 в рамках сверхбазовой программы ОМС.

ПОДПИСИ СТРОН

|  |  |
| --- | --- |
| Заместитель Председателя Правительсвта Московской области - министр здравоохранения  Московской области | М.В. Забелин |
| Директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области | Л.П. Данилова |
|  |  |
| Председатель Московской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации | Н.В. Суслонова |
| Председатель Правления Ассоциации «Врачебная Палата Московской области» | С.А. Лившиц |
| Заместитель директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» | Ю.А. Алексеева |