

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ на 2018 год

1. Общие положения

Комитет по здравоохранению в лице председателя Дубины Михаила Владимировича,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» в лице директора Кужеля Александра Михайловича,

страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в лице председателя Ассоциации страховых медицинских организаций Санкт-Петербурга Анденко Сергея Анатольевича,

Территориальная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Элиовича Иосифа Григорьевича,

именуемые в дальнейшем Стороны,

заключили генеральное тарифное соглашение (далее – СОГЛАШЕНИЕ) о нижеследующем:

СОГЛАШЕНИЕ разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», 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 Российской Федерации от 28.02.2011 № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», постановлением Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 № 1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», Законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов», от 20.12.2017 № 880-159 и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

СОГЛАШЕНИЕ определяет и устанавливает:

- порядок применения способов оплаты медицинской помощи;

– размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов, утвержденной Законом Санкт-Петербурга от

20.12.2017 № 880-159 (далее – Территориальная программа ОМС), а также порядок и условия их применения;

– 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.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, применяются следующие способы оплаты в соответствии с Территориальной программой ОМС:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Санкт-Петербурга застрахованным лицам, которым полис обязательного медицинского страхования выдан за пределами Санкт-Петербурга, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает в себя:

2.1.2.1. перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи которым (при оказании медицинской помощи врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее – подушевой норматив финансирования), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) приведен в Приложении № 17-1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.1.2.2. перечень медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в Приложении № 17-2 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.1.3. По подушевому нормативу осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в плановой и неотложной форме в части оказания медицинской помощи врачом-терапевтом, врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) за посещение, обращение (законченный случай).

2.1.4. Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинских организаций и осуществление выплат медицинским организациям за достижение соответствующих показателей в Санкт-Петербурге не предусмотрены.

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

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

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

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении № 18 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России № 11-7/10/2-8080 и ФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется пилотный проект по моделированию новой системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний (за исключением высокотехнологической медицинской помощи).

Перечень медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, приведен в Приложении № 22 к СОГЛАШЕНИЮ.

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

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

- за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);
- за прерванный случай оказания медицинской помощи.

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 19 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России № 11-7/10/2-8080 и ФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга осуществляется пилотный проект по моделированию новой системы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара (в круглосуточном стационаре) на основе клинико-статистических групп заболеваний (за исключением высокотехнологической медицинской помощи).

Перечень медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте, приведен в Приложении № 22 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4. Применение способов оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи по тарифам согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), а также по тарифам на отдельно оплачиваемые услуги, приведен в Приложении № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.3. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (тариф за вызов скорой медицинской помощи и тариф с кодом 911010 «СМП Системный тромболизис на догоспитальной этапе»), приведен в Приложении № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает действующие в 2018 году тарифы на оплату медицинской помощи (медицинские услуги), подушевые нормативы финансирования в объеме Территориальной программы ОМС на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия).

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяется в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года N 158н.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13 октября 2017 года N 804н.

При установлении размера и структуры тарифов на оплату медицинской помощи дифференциация по группам медицинских организаций и (или) структурных подразделений медицинских организаций не применяется.

3.2. Размеры тарифов, подушевых нормативов финансирования устанавливаются согласно Приложениям, которые являются неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ И перечислены в пункте 5.6 СОГЛАШЕНИЯ.

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.3.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо:

- при оказании медицинской помощи с профилактической и иными целями – 1 602,12 руб.;
- при обращении в связи с заболеванием – 3 893,04 руб.;
- при оказании медицинской помощи в неотложной форме – 368,75 руб.;

3.3.2. базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования первичной медико-санитарной в плановой и неотложной форме, оказываемой прикрепившимся лицам врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами) за посещение, обращение (законченный случай) – 1 245,80 руб.;

3.3.3. тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложениям № 3, № 10, № 11, № 12, № 12-б, № 12-в, № 12-к, № 12-диализ, № 12-т, № 12-по, № 13, № 13-а, № 13-б, № 13-в, № 13-д, № 14, № 14-а, № 15 к

СОГЛАШЕНИЮ.

3.3.4. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации для объединенных в однородные группы медицинских организаций, ежемесячный размер финансового обеспечения медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 2 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.3.5. тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 12-у к СОГЛАШЕНИЮ.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.4.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 7 346,52 руб., в том числе медицинская реабилитация – 215,14 руб.;

3.4.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), за исключением законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно Приложениям № 4, № 4-1, № 5, № 5-1, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 13-в к СОГЛАШЕНИЮ.

3.4.3. Для проведения пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на основе клинко-статистических групп заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России № 11-7/10/2-8080 и ФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложению № 23-с к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (стационар)), на уровне 24 645,0 руб.;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

управленческий коэффициент в размере 1,0;

коэффициент уровня оказания медицинской помощи в размере 1,0;

коэффициент сложности лечения пациента в размере 1,0.

3.4.4. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи:

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования согласно Приложению № 4-2 к СОГЛАШЕНИЮ;

- с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования согласно Приложению № 4-3 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.5. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.5.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 059,99 руб.;

3.5.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинко-статистические группы заболеваний), согласно Приложениям №3, № 4, № 4-1, № 5, № 5-1, № 6, № 7, № 10, № 11, № 12-а, 12-г, № 12-д, № 12-е, № 12-к, № 12-диализ, № 13-в к СОГЛАШЕНИЮ.

3.5.3. Для проведения пилотного проекта по моделированию системы оплаты специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара (в круглосуточном стационаре) на основе клинко-статистических групп заболеваний в соответствии с Методическими рекомендациями Минздрава России № 11-7/10/2-8080 и ФОМС № 13572/26-2/и от 21.11.2017 устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинко-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложению № 23-дс к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (дневной стационар)), на уровне 13 535,0 рублей;

поправочные коэффициенты оплаты КСГ:

управленческий коэффициент в размере 1,0;

коэффициент уровня оказания медицинской помощи в размере 1,0;

коэффициент сложности лечения пациента в размере 1,0.

3.6. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.6.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 1 173,90 руб.;

3.6.2. базовый (средний) размер подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи – 1 172,78 руб.;

3.6.3. тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложению № 16 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.6.4. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации для объединенных в однородные группы медицинских организаций, ежемесячный размер финансового обеспечения медицинских организаций, в которых оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется по подушевому нормативу финансирования для оплаты скорой медицинской помощи, установлены в Приложении №16 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.7. Структура тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с территориальной программой ОМС Санкт-Петербурга 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 (за исключением бригад скорой и неотложной медицинской помощи), коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества (за исключением расходов на капитальный ремонт), 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.

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

Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов установлены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ, которое содержит единые для всех медицинских организаций санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, применяемые к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01.01.2018 и действует по 31.12.2018.

5.2. Изменения и дополнения к настоящему СОГЛАШЕНИЮ признаются действительными после их оформления в письменном виде и подписания сторонами СОГЛАШЕНИЯ.

Изменения тарифов на оплату медицинской помощи, подушевых нормативов финансирования и порядка их применения устанавливаются ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ СОГЛАШЕНИЯМИ к СОГЛАШЕНИЮ на основании решений Комиссии.

Стороны, участвующие в подписании СОГЛАШЕНИЯ и дополнительных соглашений к нему, в течение 5-ти рабочих дней после подписания информируют организации, интересы которых они представляют, о вводимых изменениях и дополнениях.

5.3. Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи определен Приложением № 1 к СОГЛАШЕНИЮ. Данный порядок применяется в отношении тарифов и подушевых нормативов финансирования согласно Приложениям, перечисленным в пункте 5.6 СОГЛАШЕНИЯ, на соответствующий период 2018 года.

5.4. Порядок предъявления к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь определен Приложением № 21 к СОГЛАШЕНИЮ.

5.5. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные Территориальной программой ОМС, и объемы финансовых средств распределяются между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими организациями решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия). Решения Комиссии размещаются на официальном сайте ТФОМС Санкт-Петербурга www.spboms.ru.

Порядок расчетов страховых медицинских организаций за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга в 2018 году, определен Приложением № 24 к СОГЛАШЕНИЮ.

5.6. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

- Приложение № 1 «Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи» - на 94 л.;

- Приложение № 2 «Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива, средневзвешенные интегрированные коэффициенты дифференциации для объединенных в однородные группы медицинских организаций, ежемесячный размер финансового обеспечения медицинских организаций, в которых оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 6 л.;

- Приложение № 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи (медицинских услуг), оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 7 л.;

- Приложение № 4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 84 л.;

- Приложение № 4-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 12 л.;

- Приложение № 4-2 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи за законченный случай лечения по видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, в стационарных условиях, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 4 л.;

- Приложение № 4-3 «Тарифы на оплату видов высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 29 л.;

- Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 55 л.;

- Приложение № 5-1 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 5 л.;

- Приложение № 6 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 10 л.;

- Приложение № 7 «Тарифы на оплату специализированной онкологической помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 8 л.;

- Приложение № 8 «Дополнительные тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях взрослому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 9 «Дополнительные тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях детскому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 10 «Дополнительные тарифы на отдельно оплачиваемые услуги с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 23 л.;

- Приложение № 11 «Дополнительные тарифы на анестезиологические пособия с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 3 л.;

- Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях (за врачебные посещения и неотложную помощь) с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 4 л.;

- Приложение № 12-а «Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара (в том числе по профилю «медицинская реабилитация») взрослому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 15 л.;

- Приложение № 12-б «Тарифы за законченный случай лечения граждан в амбулаторных условиях с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 13 л.;

- Приложение № 12-в «Тарифы за законченный случай лечения по профилю «медицинская реабилитация» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях детскому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-г «Тарифы за законченный случай лечения сосудистых новообразований (гемангиом) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-д «Тарифы за законченный случай лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-е «Тарифы на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с 01.01.2018 по 31.12.2018 - на 1 л.;

- Приложение № 12-к «Тарифы за законченный случай лечения в специализированных центрах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника в условиях дневного стационара и в амбулаторных условиях с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-диализ «Тарифы на амбулаторное ведение пациентов с хронической почечной недостаточностью, находящимся на лечении перитонеальным диализом и гемодиализом с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-т «Тарифы за амбулаторное ведение пациентов с функционирующими трансплантатами, находящихся на диспансерном наблюдении, и пациентов, находящихся в «листе ожидания трансплантации органа» с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-у «Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 12-по «Тарифы за проведение медицинских осмотров отдельных групп населения с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 3 л.;

- Приложение № 13 «Тарифы на амбулаторно-консультативную помощь с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 7 л.;

- Приложение № 13-а «Тарифы на исследования компьютерная рентгеномография, магниторезонансная томография с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 5 л.;

- Приложение № 13-б «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 1 л.;

- Приложение № 13-в «Тарифы на оплату медицинской помощи с применением лучевой терапии с 01.01.2018 по 31.12.2018» – на 1 л.;

- Приложение № 13-д «Тарифы за проведение диспансеризации определенных групп населения с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 3 л.;
- Приложение № 14 «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 11 л.;
- Приложение № 14-а «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую взрослому и детскому населению в неотложной форме на дому, в воскресные дни и официальные праздничные дни, а также в отдельных медицинских организациях с 22-00 час. до 06-00 час., с 01.01.2018 по 31.12.2018» – на 4 л.;
- Приложение № 15 «Подушевые нормативы финансирования на медицинскую помощь для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепленному населению, на базе которых созданы Центры записи граждан на прием к врачу по телефону с 01.01.2018 по 31.12.2018 и ежемесячный размер финансового обеспечения МО, на базе которых открыты Центры записи, в разбивке по страховым организациям» - на 2 л.;
- Приложение № 16 «Подушевые нормативы финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге, тариф за вызов скорой медицинской помощи, ежемесячный размер финансового обеспечения медицинских организаций для оплаты скорой медицинской помощи в разрезе СМО, перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, с 01.01.2018 по 31.12.2018» – на 8 л.;
- Приложение № 17-1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи которым (при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики) осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)» – на 3 л.;
- Приложение № 17-2 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай)» – на 39 л.;
- Приложение № 18 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» – на 12 л.;
- Приложение № 19 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» – на 11 л.;
- Приложение № 20 «Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов» – на 8 л.;
- Приложение № 21 «Порядок предъявления к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь» на 5 л.;
- Приложение № 22 «Перечень медицинских организаций, участвующих в пилотном проекте по моделированию новой системы оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» – на 4 л.;
- Приложение № 23-с «Тарифы на законченный случай лечения в стационарных условиях по стоимости клинико-статистических групп заболеваний с 01.01.2018 по 31.12.2018» - на 13 л.;

- Приложение № 23-дс «Тарифы на законченный случай лечения в условиях дневного стационара по стоимости клинико-статистических групп заболеваний с 01.01.2018 по 31.12.2018» на 6 л.;

- Приложение № 24 «Порядок расчетов страховых медицинских организаций за медицинскую помощь, оказанную медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга в 2018 году» - на 3 л.

Представители сторон Генерального тарифного соглашения:

**от исполнительного органа
государственной власти Санкт-Петербурга:**

Председатель
Комитета по здравоохранению _____ М.В. Дубина
«29» декабря 2017 г.

от ТФОМС Санкт-Петербурга:

Директор _____ А.М. Кужель
«29» декабря 2017 г.

от страховых медицинских организаций:

Председатель Ассоциации страховых
медицинских организаций Санкт-Петербурга _____ С.А. Анденко
«29» декабря 2017 г.

**от профессиональных союзов
медицинских работников:**

Председатель Территориальной
Санкт-Петербурга и Ленинградской области
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской Федерации _____ И.Г. Элиович
«29» декабря 2017 г.