

**Положение  
о Порядке оплаты медицинской помощи,  
оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского  
страхования города Москвы.**

**1. Общие положения**

1.1. Порядок оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации установлен Правилами обязательного медицинского страхования (далее - Правила), утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», регулируемыми правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29.11.2010 № 326 - ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326 – ФЗ).

1.2. Положение о порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Положение о порядке оплаты) определяет 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).

Взаимодействие между участниками обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) осуществляется в соответствии с договорами в сфере ОМС.

1.3. Целью Положения о порядке оплаты является реализация отдельных положений Правил по регулированию взаимодействия участников системы ОМС при оплате медицинской помощи, направленных на реализацию прав застрахованных лиц при бесплатном оказании им медицинской помощи, с учетом применяемых в системе ОМС города Москвы способов оплаты медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания медицинской помощи (ст. 32-35 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 323-ФЗ)).

1.4. Положение о порядке оплаты применяется при оплате медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС и является составной частью Тарифного соглашения на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Тарифное соглашение), в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, установленными Программой государственных гарантий

бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации и Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, утвержденной постановлением Правительства Москвы.

1.5. К участникам ОМС, в соответствии со ст. 9 Федерального закона № 326-ФЗ, на территории города Москвы относятся: Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (далее – МГФОМС), страховые медицинские организации (далее – СМО), включенные в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, медицинские организации (далее – МО), включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

1.6. МГФОМС финансирует СМО на территории города Москвы по дифференцированным подушевым нормативам с учетом численности застрахованных лиц, в целях исполнения СМО договорных обязательств по оплате предъявляемых МО счетов и реестров счетов за оказанную медицинскую помощь. Расчет дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС (далее - дифференцированные подушевые нормативы) осуществляет МГФОМС в соответствии с Правилами.

1.7. МО получают средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи в соответствии с тарифами на оплату медицинской помощи, установленными Тарифным соглашением и способами оплаты медицинской помощи, утвержденными Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

1.8. СМО оплачивают медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в пределах объемов медицинской помощи по Территориальной программе ОМС, установленных решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Комиссия), с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, тарифов на оплату медицинской помощи, установленных Тарифным соглашением и способов оплаты медицинской помощи, утвержденных Территориальной программой ОМС на соответствующий год.

1.9. Информационное взаимодействие между участниками системы ОМС г. Москвы осуществляется в соответствии с регламентирующими документами:

- Правилами файлового обмена данными в АИС ОМС при информационном взаимодействии участников обязательного медицинского страхования г. Москвы;
- Регламентом информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования г. Москвы с использованием веб-сервисов;
- Регламентом приема-передачи данных при информационном взаимодействии участников системы ОМС в АИС ОМС;

- Регламентом приема-передачи данных по медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям пациентам, не идентифицированным в системе ОМС при информационном взаимодействии в АИС ОМС участников системы ОМС;
- Регламентом приема-передачи данных по скорой медицинской помощи при информационном взаимодействии в АИС ОМС участников системы ОМС);
- Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы);
- Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы с использованием веб-сервисов;
- Описание веб-сервисов системы регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования;
- Описание веб-сервисов подсистемы персонифицированного учёта медицинской помощи автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования.

## **2. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях**

2.1. В соответствии с Территориальной программой ОМС оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется следующими способами (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология»):

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (за исключением расходов на оказание отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации) в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, включая комплексное посещение, за обращение (законченный случай), согласно приложению № 1.1 к Тарифному соглашению, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи при оказании медицинской помощи в иных медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением 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 Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц, не участвующих в горизонтальных расчетах и включенных в утвержденный

Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.3 к Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу (используется при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации).

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, согласно приложению № 1.6.1 к Тарифному соглашению;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), согласно приложению № 1.6.2 к Тарифному соглашению.

2.3. Комиссией сформированы и утверждены Тарифным соглашением Перечни МО (приложения №№ 1.1 - 1.3, 1.6.1, 1.6.2, 1.7, 1.8 к Тарифному соглашению):

-перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (приложение № 1.1 к Тарифному соглашению);

-перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других МО, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (приложение № 1.2 к Тарифному соглашению);

-перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах (приложение № 1.3 к Тарифному соглашению).

- перечень МО, 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 Тарифному соглашению);

- перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи

по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению);

- перечень МО, 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, осуществляющих деятельность на территориях города Москвы с низкой плотностью населения (приложение № 1.7 к Тарифному соглашению);

- перечень МО, осуществляющих проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования (приложение № 1.8 к Тарифному соглашению).

Основанием для включения в Перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах (приложение № 1.3 к Тарифному соглашению), является оказание консультативно-диагностических медицинских услуг структурными подразделениями государственных научных организаций, государственных образовательных организаций высшего образования, консультативно-диагностическими центрами (отделениями) МО государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих в том числе медицинскую помощь в стационарных условиях, медицинских услуг по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий МО, оказывающими в качестве основного вида деятельности первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)», осуществление диспансерного наблюдения лиц, страдающих онкологическими заболеваниями в МО государственной системы здравоохранения города Москвы, проведение заместительной почечной терапии МО, оказывающими в качестве основного вида деятельности первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «нефрология».

Основанием для включения в Перечень МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (приложение № 1.6.2 к Тарифному соглашению), является оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» структурными подразделениями государственных научных организаций, государственных образовательных организаций высшего образования, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю «стоматология» с применением анестезиологического пособия медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающими в том числе медицинскую помощь в стационарных

условиях, включенными в перечень, утверждаемый Департаментом здравоохранения города Москвы.

2.4. Согласно Перечням МО Комиссией установлены следующие способы оплаты за оказанную первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь:

2.4.1. В МО, входящих в Перечни МО приложений №№ 1.1, 1.2, 1.7 к Тарифному соглашению:

- за прикрепившихся лиц к МО – в рамках подушевого финансирования;
- за не прикрепившихся лиц к МО – согласно тарифам, установленным за посещения и обращения по поводу заболеваний. В соответствии с разделом 4 «Расчет суммы средств к оплате» Приложения № 12 к Тарифному соглашению – для лиц, не имеющих прикрепления к МО Приложения № 1.1 к Тарифному соглашению, подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием;
- за не прикрепившихся лиц к МО, получивших медицинскую помощь не по месту прикрепления (при наличии направления из МО, где пациент прикреплен) – в рамках горизонтальных расчетов.

2.4.2. В МО, входящих в Перечень МО приложения № 1.6.1 к Тарифному соглашению:

- за прикрепившихся лиц к МО – в рамках подушевого финансирования;
- за не прикрепившихся лиц к МО – согласно тарифам, установленным за посещения и обращения по поводу заболеваний. В соответствии с разделом 5 «Расчет суммы средств к оплате за оказанную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»» Приложения № 12 к Тарифному соглашению – подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием в амбулаторных условиях или на дому».

2.4.3. В МО, входящих в Перечень МО приложений №№ 1.3, 1.6.2 к Тарифному соглашению, за оказанную первичную медико-санитарную, в том числе первичную специализированную медицинскую помощь, в условиях клиничко-диагностических отделений – за отдельные медицинские услуги.

2.5. Согласно ч.3, 4 ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи осуществляется:

- 1) по направлению врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), фельдшера, врача-специалиста;
- 2) в случае самостоятельного обращения гражданина в медицинскую организацию, в том числе организацию, выбранную им в соответствии с ч.2 ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ, с учетом порядков оказания медицинской помощи.

Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется по направлению лечащего врача. В случае если в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан проинформировать гражданина о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных Территориальной

программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

С целью оптимизации системы горизонтальных расчетов между МО, входящими в перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве, оказывающими первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях и финансируемыми по подушевым нормативам, установлен порядок учета направлений пациентов для получения первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи в амбулаторных условиях согласно Правилам файлового обмена.

Направления выдаются пациентам для получения плановой первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной медицинской помощи (консультативно-диагностической помощи), которая по объективным причинам не может быть оказана в МО по месту прикрепления пациентов.

Направление регистрируется в счете, формируемом МО, оказавшей пациенту, застрахованному по ОМС, плановую консультативно-диагностическую помощь.

За оказанную по договору с учреждениями ДШО/ШО медицинскую помощь в отделениях профилактики ДШО/ШО МО вместо направления в счете регистрируется договор.

За оказанные МО по договору с учреждением услуги вакцинопрофилактики, в счете вместо направления регистрируется договор.

Случаи оказания плановой консультативно-диагностической помощи без направления, оплате не подлежат.

Направления не требуются в случаях:

- оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» в женских консультациях;

- проведения комплексного обследования в центре здоровья, являющимся структурным подразделением МО, и последующих медицинских услуг, оказанных зарегистрированным в центре пациентам;

- оказания медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» в травматологических пунктах (либо иных подразделениях МО, выполняющих функции травмпунктов), являющихся структурными подразделениями МО.

Согласно ч. 5 ст. 21 Федерального закона № 323-ФЗ медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.

Тарифным соглашением установлен перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из МО по месту прикрепления пациентов в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО (приложение № 1.5 к Тарифному соглашению). Затраты на их оказание возмещаются при горизонтальных расчетах с МО, входящими в Перечни МО приложений №№ 1.1, 1.2 к Тарифному соглашению.

2.6. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, участвующими в реализации

Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{AMB} = \frac{(N o_{\text{ПРОФ}} \times N фз_{\text{ПРОФ}} + N o_{\text{ОЗ}} \times N фз_{\text{ОЗ}} + N o_{\text{НЕОТЛ}} \times N фз_{\text{НЕОТЛ}}) \times Чз - O C_{\text{МТР}}}{Чз}, \text{ где}$$

$\Phi O_{CP}^{AMB}$  – средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N o_{\text{ПРОФ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, посещений;

$N o_{\text{ОЗ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, обращений;

$N o_{\text{НЕОТЛ}}$  – средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, посещений;

$N фз_{\text{ПРОФ}}$  – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$N фз_{\text{ОЗ}}$  – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$N фз_{\text{НЕОТЛ}}$  – средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$O C_{\text{МТР}}$  – размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам в городе Москве, на территории других субъектов РФ, рублей;

$Чз$  – численность застрахованных лиц на территории города Москвы, человек.

2.7. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях рассчитывается по следующей формуле:

$$Pr_{AMB} = \frac{ПН_{\text{БАЗ}}}{\Phi O_{CP}^{AMB}}, \text{ где:}$$

$Pr_{AMB}$  – коэффициент приведения в амбулаторных условиях;



ПН<sub>БАЗ</sub> – базовый (средний) подушевой норматив финансирования, рублей;

ФО<sub>СР</sub><sup>АМБ</sup> – средний подушевой норматив финансирования в амбулаторных условиях для МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей.

2.8. Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, приведены в Приложении № 21 к Тарифному соглашению.

2.9. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, осуществляется в рамках плановых годовых объемов, утвержденных Комиссией для каждой МО в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

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 городе Москве не предусмотрены.

2.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (за исключением профиля «стоматология»), приведены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

2.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях лицам, застрахованным по ОМС, при проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 6.1 к Тарифному соглашению.

2.12. В целях повышения качества и доступности для населения первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, используется способ оплаты по подушевому нормативу финансирования в зависимости от количества и половозрастного состава лиц, прикрепившимся к МО, и величины подушевого норматива.

2.13. К видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу в МО согласно приложениям №№ 1.1, 1.6.1 к Тарифному соглашению, относятся первичная медико-санитарная помощь (в том числе по профилю «стоматология»), в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная, оказываемая в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению.

Подушевой норматив финансового обеспечения на прикрепившихся лиц к медицинской организации, также включает расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.

Подушевой норматив финансового обеспечения на прикрепившихся лиц

к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

2.14. С целью обеспечения взаимодействия участников ОМС в рамках подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, применяется «Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации в рамках системы подушевого финансирования на 2021 год» (приложение № 12 к Тарифному соглашению), определяющий порядок финансирования МО по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц через СМО и регламентирующий порядок горизонтальных расчетов между МО города Москвы за оказание медицинской помощи как территориально прикрепившимся, так и не прикрепившимся к медицинским организациям лицам.

2.15. В целях обеспечения единого принципа оплаты по подушевому финансированию первичной медико-санитарной помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для осуществления расчетов между участниками ОМС, устанавливаются дифференцированные подушевые нормативы финансирования первичной медико-санитарной помощи (в т.ч. по профилю «стоматология»), оказываемой в амбулаторных условиях.

### **Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования**

Порядок определения дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения обязательного медицинского страхования (далее – Порядок), разработан в соответствии с разделом XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н.

### **Расчет дифференцированных подушевых нормативов для определения суммы финансирования страховых медицинских организаций**

Дифференцированные подушевые нормативы предназначены для определения размера финансовых средств для финансирования страховых медицинских организаций, в расчете на одно застрахованное лицо, с учетом различия в затратах на оказание медицинской помощи отдельным группам застрахованных лиц в зависимости от пола, возраста.

Для расчета коэффициента дифференциации численность застрахованных лиц в городе Москве распределяется на следующие половозрастные группы( $i$ ):

1.	Мужчины до 12 месяцев;
2.	Женщины до 12 месяцев;
3.	Мужчины 1-4 года 11 мес. 29 дней;

4.	Женщины 1-4 года 11 мес. 29 дней;
5.	Мужчины 5-14 лет 11 мес. 29 дней;
6.	Женщины 5-14 лет 11 мес. 29 дней;
7.	Мужчины 15-17 лет 11 мес. 29 дней;
8.	Женщины 15-17 лет 11 мес. 29 дней;
9.	Мужчины 18-24 года 11 мес. 29 дней;
10.	Женщины 18-24 года 11 мес. 29 дней;
11.	Мужчины 25-34 года 11 мес. 29 дней;
12.	Женщины 25-34 года 11 мес. 29 дней;
13.	Мужчины 35-44 года 11 мес. 29 дней;
14.	Женщины 35-44 года 11 мес. 29 дней;
15.	Мужчины 45-59 лет 11 мес. 29 дней;
16.	Женщины 45-54 лет 11 мес. 29 дней;
17.	Мужчины 60-68 лет 11 мес. 29 дней;
18.	Женщины 55-64 года 11 мес. 29 дней;
19.	Мужчины 69 и старше;
20.	Женщины 65 и старше.

Дифференцированные подушевые нормативы рассчитываются в следующей последовательности:

1) Рассчитываются коэффициенты дифференциации ( $KД_i$ ) для каждой половозрастной группы застрахованных лиц на основании данных о затратах на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за определенный расчетный период (далее - расчетный период), и на основании данных о численности застрахованных лиц, не реже одного раза в год.

1.1) К расчету коэффициентов дифференциации принимается численность застрахованных лиц (Ч) на территории города Москвы, определяемая на основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц МГФОМС на первое число первого месяца расчетного периода. Для расчета коэффициентов дифференциации все лица, застрахованные в городе Москве на первое число первого месяца расчетного периода, распределяются на половозрастные группы ( $Ч_i$ );

1.2) Определяются затраты на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам - на основании реестров счетов (с учетом видов и условий оказания медицинской помощи) за расчетный период в разрезе половозрастной структуры застрахованных лиц на территории города Москвы;

1.3) Определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо (Р) в городе Москве (без учета возраста и пола) по формуле:

$$P = Z / M / Ч, \text{ где:}$$

Z - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам за расчетный период;

M - количество месяцев в расчетном периоде;

Ч - численность застрахованных лиц на территории города Москвы на первое число первого месяца расчетного периода;

1.4) Определяются нормативы затрат на одно застрахованное лицо, попадающее в  $i$ -тый половозрастной интервал ( $P_i$ ), по формуле:

$$P_i = Z_i / M / Ч_i, \text{ где:}$$

$Z_i$  - затраты на оплату медицинской помощи всем застрахованным лицам, попадающим в  $i$ -тый половозрастной интервал за расчетный период;

$M$  - количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч_i$  - численность застрахованных лиц на территории города Москвы на первое число первого месяца расчетного периода, попадающего в  $i$ -тый половозрастной интервал;

1.5) Рассчитываются коэффициенты дифференциации  $КД_i$  для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_i = P_i / P;$$

2) Рассчитывается среднедушевой норматив финансирования СМО ( $C$ ) по формуле:

$$C = (П - \Delta Н - У - Р) / Ч_{ср}, \text{ где}$$

$П$  - поступившие в отчетном месяце в бюджет МГФОМС средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования (без учета остатка средств за предыдущие периоды);

$\Delta Н$  - размер средств, необходимых для пополнения нормированного страхового запаса территориального фонда за счет средств, поступивших в расчетном месяце в бюджет МГФОМС на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в объеме не более 1/12 от размера средств нормированного страхового запаса, утвержденного в бюджете МГФОМС на текущий год на цели, предусмотренные пунктом 1 и 2 части 6 статьи 26 Федерального закона № 326 – ФЗ;

$У$  - размер средств обязательного медицинского страхования, направленных в расчетном месяце на осуществление управленческих функций МГФОМС, в пределах месячного объема лимита бюджетных обязательств, предусмотренных на указанные цели;

$Р$  - размер средств, предназначенных на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию СМО;

$Ч_{ср}$  - среднемесячная численность застрахованных лиц города Москвы;

3) Рассчитываются дифференцированные подушевые нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$Д_i = C \times КД_i, \text{ где:}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$D_i$  - дифференцированный подушевой норматив для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц;

$KD_i$  - коэффициент дифференциации для  $i$ -той половозрастной группы застрахованных лиц.

### **Расчет коэффициентов дифференциации для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепившимся лицам**

Расчеты между СМО и МО по оплате оказанной медицинской помощи лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, осуществляются в соответствии с заключенными договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Сумма подушевого финансирования для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепившимся лицам, рассчитывается с учетом коэффициентов дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся лиц (приложение № 7 к Тарифному соглашению).

Для расчета коэффициента дифференциации численность прикрепившихся застрахованных лиц распределяется на следующие половозрастные группы:

1.	Мужчины/Женщины до 1 года;
2.	Мужчины/Женщины 1 год – 4 года 11 мес. 29 дней;
3.	Мужчины/Женщины 5 лет – 17 лет 11 мес. 29 дней;
4.	Мужчины 18 лет – 59 лет 11 мес. 29 дней;
5.	Женщины 18 лет – 54 года 11 мес. 29 дней;
6.	Мужчины 60 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
7.	Женщины 55 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
8.	Мужчины 65 лет и старше;
9.	Женщины 65 лет и старше.

Сумма подушевого финансирования для МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях на прикрепившихся лиц к медицинской организации, рассчитывается с учетом коэффициентов дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц (профиль «стоматология») (приложение № 7.1 к Тарифному соглашению).

Для расчета коэффициента дифференциации численность прикрепившихся лиц (профиль «стоматология») к медицинской организации распределяется на следующие половозрастные группы:

1.	Мужчины/Женщины до 1 года;
2.	Мужчины/Женщины 1 год – 4 года 11 мес. 29 дней;
3.	Мужчины/Женщины 5 лет – 17 лет 11 мес. 29 дней;

4.	Мужчины 18 лет – 59 лет 11 мес. 29 дней;
5.	Женщины 18 лет – 54 года 11 мес. 29 дней;
6.	Мужчины 60 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
7.	Женщины 55 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
8.	Мужчины 65 лет и старше;
9.	Женщины 65 лет и старше.

Сумма подушевого финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара, рассчитывается с учетом коэффициентов дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц (приложение № 7.2 к Тарифному соглашению).

Для расчета коэффициента дифференциации численность прикрепившихся лиц к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» распределяется на следующие половозрастные группы:

1.	Мужчины 18 лет – 59 лет 11 мес. 29 дней;
2.	Женщины 18 лет – 54 года 11 мес. 29 дней;
3.	Мужчины 60 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
4.	Женщины 55 лет – 64 года 11 мес. 29 дней;
5.	Мужчины 65 лет и старше;
6.	Женщины 65 лет и старше.

Коэффициент дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц ( $KДПi$ ) для подушевого финансирования МО, оказывающих первичную медико-санитарную помощь прикрепившимся лицам к медицинской организации, рассчитываются не реже одного раза в год, в следующей последовательности:

1) Определяется норматив затрат на одно прикрепившееся застрахованное лицо без учета пола и возраста (РП), по формуле:

$РП = ЗП/М/ЧП$ , где:

ЗП – затраты на оплату первичной медико-санитарной помощи всем прикрепившемуся застрахованным в городе Москве лицам за расчетный период, без учета медицинских услуг, исключенных из подушевого финансирования, в соответствии с Правилами файлового обмена (п.1.1, п.1.2);

М – количество месяцев в расчетном периоде;

ЧП – численность прикрепившихся застрахованных в городе Москве лиц на последнюю отчетную дату расчетного периода .

2) Определяется норматив затрат на одно застрахованное лицо ( $РП_i$ ), попадающее в определенный половозрастной интервал, по формуле:

$$РП_i = ЗП_i / М / ЧП_i, \text{ где:}$$

$ЗП_i$  - затраты на оплату первичной медико-санитарной помощи, оказанной прикрепившимся к медицинской организации в городе Москве лицам, попадающим в  $i$ -тый половозрастной интервал за расчетный период, без учета медицинских услуг, исключенных из подушевого финансирования, в соответствии с Правилами файлового обмена (п.1.1, п.1.2);

$М$  – количество месяцев в расчетном периоде;

$ЧП_i$  – численность прикрепившихся застрахованных в городе Москве лиц на последнюю отчетную дату расчетного периода, попадающих в  $i$ -ый половозрастной интервал.

3) Рассчитываются коэффициенты дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц ( $КДП_i$ ), по следующей формуле:

$$КДП_i = РП_i / РП$$

### **3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара**

3.1. В соответствии с Территориальной программой ОМС оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется следующими способами:

- 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 (далее – прерванный случай), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению 1.3-а к Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, включенным 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 Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические

группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, 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 Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе 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 Тарифному соглашению;

- 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 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 Тарифному соглашению.

3.2 Комиссией сформированы и утверждены Тарифным соглашением Перечни МО (приложения №№ 1.1-а - 1.3-а к Тарифному соглашению):

- перечень МО, 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 Тарифному соглашению);

- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других МО, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (приложение № 1.2-а к Тарифному соглашению);



- перечень МО, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах (приложение № 1.3-а к Тарифному соглашению).

3.3. Согласно Перечням МО Комиссией установлены следующие виды оплаты за оказанную медицинскую помощь в условиях дневного стационара:

3.3.1. В МО, входящих в Перечни МО приложений №№ 1.1-а, 1.2-а к Тарифному соглашению:

- за прикрепившихся лиц к МО - в рамках подушевого финансирования;

- за не прикрепившихся лиц к МО, получившим медицинскую помощь не по месту прикрепления (при наличии направления из МО, где пациент прикреплен) - в рамках горизонтальных расчетов.

3.3.2. В МО, входящих в Перечень МО приложения № 1.3-а к Тарифному соглашению за оказанную медицинскую помощь в условиях дневного стационара - за отдельные медицинские услуги.

3.4. К видам медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу в МО согласно приложению № 1.1-а к Тарифному соглашению, относятся 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, а также при нейросенсорной потере слуха двусторонней после кохлеарной имплантации пациентам, нуждающимся в замене речевого процессора системы кохлеарной имплантации.

3.5. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, по следующей формуле:

$$FO_{CP}^{ДС} = \frac{(No_{ДС} \times Nфз_{ДС}) \times Чз - OС_{МТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$FO_{CP}^{ДС}$  средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$No_{ДС}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, случаев лечения;

Нфз<sub>ДС</sub> средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС<sub>МТР</sub> размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам в городе Москве, на территории других субъектов РФ, рублей;

Чз численность застрахованных лиц на территории города Москвы, человек.

3.6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, осуществляется в рамках плановых годовых объемов, утвержденных Комиссией для каждой МО в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

3.7. 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 Тарифному соглашению.

3.8. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, не учитываемые в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведены в приложении № 10.1 к Тарифному соглашению.

3.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 10.2 к Тарифному соглашению.

3.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи, в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 10.3 к Тарифному соглашению.

3.11. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара утвержден Тарифным соглашением в соответствии с Инструкцией по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению).

3.12. Оплата медицинской помощи при проведении процедур гемодиализа и перитонеального диализа в условиях дневного стационара осуществляется за законченный случай лечения на основе количества дней, фактически проведенных пациентом в дневном стационаре. Законченным случаем лечения при проведении процедур гемодиализа и перитонеального диализа в условиях дневного стационара является отчетный период (месяц).

#### **4. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях**

4.1. В соответствии с Территориальной программой ОМС оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных

подразделениях), осуществляется:

- 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 (в том числе 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.

4.2. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, по следующей формуле:

$$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{КС}} = \frac{(N_{\text{оКС}} \times N_{\text{фзКС}}) \times \text{Чз} - O_{\text{СМТР}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{\text{CP}}^{\text{КС}}$  средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_{\text{оКС}}$  средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, случаев лечения;

$N_{\text{фзКС}}$  средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$O_{\text{СМТР}}$  размер средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам в городе Москве, на территории других субъектов РФ, рублей;

$\text{Чз}$  численность застрахованных лиц на территории города Москвы, человек.

4.3. Оплата медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, осуществляется в рамках плановых годовых объемов, утвержденных Комиссией для каждой МО в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

4.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 8.1 к Тарифному соглашению.

4.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые для учета медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, включенными в Перечень медицинских организаций, участвующих

в реализации мер по противодействию угрозе распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), согласно пункта 3.3.1. Приложения № 3 «Инструкция по учету медицинской помощи» к Тарифному соглашению, приведены в приложении № 8.1.1 к Тарифному соглашению.

4.6. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 8.2 к Тарифному соглашению.

4.7. 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 Тарифному соглашению.

4.8. Доплаты к тарифам на оплату медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, за счет дополнительного финансового обеспечения реализации Территориальной программы ОМС приведены в приложении № 9.1 к Тарифному соглашению.

4.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи, в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 9.2 к Тарифному соглашению.

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

4.11. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, приведен в приложении № 2.1 к Тарифному соглашению.

4.12. Порядок оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе порядок оплаты прерванных случаев лечения, утвержден Тарифным соглашением в соответствии с Инструкцией по учету медицинской помощи (приложение № 3 к Тарифному соглашению).

## **5. Оплата скорой медицинской помощи**

5.1. В соответствии с Территориальной программой ОМС оплата скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется следующими способами:

- (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, 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, в том числе скорой специализированной, 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, а также при оплате медицинской помощи в неотложной форме в случае вызова бригады неотложной медицинской помощи Станции скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы – по подушевым нормативам финансирования на лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (соответственно вызов бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, в соответствии с ее профилем, посещение по неотложной медицинской помощи) лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации.

- (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи иных МО, включенных в Реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, при условии заключения этими МО соответствующих договоров со Станцией скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова Департамента здравоохранения города Москвы, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), – по установленному тарифу на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (вызов бригады скорой медицинской помощи) в соответствии с ее профилем.

5.2. Средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определяется на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, по следующей формуле:

$$\Phi O_{CP}^{СМП} = \frac{(N_o_{СМП} \times N_{фз}^{СМП}) \times Чз - O_{МТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{CP}^{СМП}$  средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$N_o_{СМП}$  средний норматив объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, вызовов;

$N_{фз}^{СМП}$  средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$O_{МТР}$  размер средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации застрахованным лицам в городе

Москве, на территории других субъектов РФ за вызов, рублей;

Чз численность застрахованных лиц на территории города Москвы, человек.

5.3. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{Пр}_{\text{СМП}} = \frac{\text{ПН}_{\text{БАЗ}}}{\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}}}, \text{ где:}$$

$\text{Пр}_{\text{СМП}}$  – коэффициент приведения скорой медицинской помощи;

$\text{ПН}_{\text{БАЗ}}$  – базовый подушевой норматив финансирования, рублей;

$\text{ФО}_{\text{СР}}^{\text{СМП}}$  – средний подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей.

5.4. Коэффициент специфики оказания скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, учитывающий половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, устанавливается Тарифным соглашением в размере 1.

5.5. Оплата скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется в рамках плановых годовых объемов, утвержденных Комиссией для каждой МО в соответствии с применяемыми способами оплаты медицинской помощи.

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

5.7. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, приведен в приложении № 4 к Тарифному соглашению.

## **6. Оплата медицинской помощи, оказываемой в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»**

При оплате первичной медико-санитарной помощи по профилю «дерматология», оказываемой в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара 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), за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний

(в том числе 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.

## **7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы»**

7.1. При оплате медицинской помощи, оказываемой в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся к данной медицинской организации лиц, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи с включением расходов за единицу объема медицинской помощи по всем видам и условиям при ее оказании в иных медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования города Москвы, в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, а также не учитываемой в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к данной медицинской организации.

7.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых лицам, застрахованным по ОМС, прикрепленным к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», в круглосуточных или дневных стационарах, оплата которых осуществляется вне системы горизонтальных расчетов, приведен в приложении № 20 к Тарифному соглашению.

## **8. Оплата медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», оказываемой в период беременности, родов и послеродовой период**

8.1. При оплате медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», оказываемой в период беременности, родов и послеродовой период в медицинских

организациях, имеющих структурные подразделения, оказывающие медицинскую помощь в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара по указанному профилю, - по подушевому нормативу финансирования на женщин в период беременности, родов и послеродовой период, вставших на учет, начиная с 2018 года, по беременности в данной медицинской организации, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанной медицинской организацией медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», при условии выполнения в данной медицинской организации базового спектра обследования беременных женщин в соответствии с нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, об оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» и проведения в данной медицинской организации всех лечебных мероприятий, включая родовспоможение.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых лабораторных исследований учитывается их проведение в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, при направлении на такие исследования.

8.2. Оплата медицинских услуг, связанных с наблюдением беременной и родами осуществляется с использованием тарифов соответствующих простых и комплексных медицинских услуг.

Медицинские услуги, оказанные в период беременности по поводу заболеваний иных органов и систем (экстрагенитальная патология), такие как консультации врачей-специалистов (за исключением врачей акушеров-гинекологов), диагностические исследования, лечебно-профилактические мероприятия и др., оказываются по месту прикрепления пациентки. Учет и оплата медицинской помощи в данных случаях осуществляется на общих основаниях, в соответствии с правилами, изложенными в соответствующих разделах Инструкции по учету медицинской помощи (Приложение № 3 к Тарифному соглашению).

При условии выполнения в одной медицинской организации следующих требований:

- постановка женщин на учет в срок до 12 недель беременности;
- наблюдение пациенток в период беременности с выполнением всех необходимых диагностических и лечебных процедур;
- родовспоможение в данной медицинской организации (одно юридическое лицо);
- наблюдение и лечение женщин в течение 42 дней в послеродовом периоде в данной медицинской организации

осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности, родов и послеродовой период.



8.3. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, приведен в приложении № 1.8 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при проведении пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, за счет межбюджетного трансферта из бюджета города Москвы бюджету МГФОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 6.1 к Тарифному соглашению.

## **9. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями с локализациями злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой в условиях круглосуточного и дневного стационара**

9.1 Оплата законченного случая лекарственной терапии (1 цикл лечения) пациента осуществляется по базовому тарифу, установленному приложениями № 8.1, 10.1 к Тарифному соглашению на 2021 год для оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров соответственно, независимо от фактического числа койко-дней / пациенто-дней, в течение которых осуществлялось введение препарата.

9.1.1 В случаях, когда схема лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения.

9.1.2 В случаях, когда схема лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из трех таких циклов введения.

9.2 В случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, оплата лекарственных препаратов, использованных при лечении в условиях круглосуточного или дневного стационара, осуществляется в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения, по тарифам, установленным приложением № 17 к Тарифному соглашению.

9.3 В случаях назначения противоопухолевой терапии в условиях круглосуточного или дневного стационара, не указанных в п. 9.2 настоящего Положения, оплата медицинской помощи осуществляется по тарифу на законченный случай лечения, установленному Тарифным соглашением на 2021 год.