

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», регулирующими 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. Оплата оказанной медицинской помощи осуществляется на основании Акта оплаты счёта (реестра счёта) медицинской организации за медицинскую помощь форма которого приведена в приложении № 1 к настоящему Положению, исходя из общего расчётного объёма подушевого финансирования, результатов горизонтальных расчётов с другими медицинскими организациями, а также стоимости отдельных медицинских услуг, для которых применяется способ оплаты за единицу объёма - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, за законченный или прерванный случай госпитализации, за вызов.

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

- 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, а также расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по группам заболеваний и возрасту, определенных приказом Департамента здравоохранения города Москвы), 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);

- за единицу объема медицинской помощи – за комплексное посещение (используется при оплате диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по группам заболеваний и возрасту, определенных приказом Департамента здравоохранения города Москвы).

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, 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 МО государственной системы здравоохранения города Москвы диспансерного наблюдения лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, 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, а также в неотложной форме МО 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 и медицинская услуга «Дистанционное описание исследований по лучевой диагностике с применением телемедицинских технологий»;

- 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.

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 № 1.5.1 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.

Тарифным соглашением установлен перечень медицинских услуг, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций (приложение № 1.5.2 к Тарифному соглашению).

2.6. Средний размер финансового обеспечения 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:

$$FO_{CP}^{AMB} = \frac{(No_{\text{ПРОФ}} \times Nфз_{\text{ПРОФ}} + No_{\text{ДИСП}} \times Nфз_{\text{ДИСП}} + No_{\text{ИН}} \times Nфз_{\text{ИН}} + No_{\text{НЕОТЛ}} \times Nфз_{\text{НЕОТЛ}} + No_{\text{ОЗ}} \times Nфз_{\text{ОЗ}} + No_{\text{ДН}} \times Nфз_{\text{ДН}}) \times Чз - OC_{\text{МТР}}}{Чз}, \text{ где:}$$

FO_{CP}^{AMB} средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для МО, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$No_{\text{ПРОФ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с целью проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$Nфз_{\text{ПРОФ}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с целью проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$No_{\text{ДИСП}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с целью проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$Nфз_{\text{ДИСП}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с целью проведения диспансеризации, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

$No_{\text{ИН}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с иными целями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, посещений;

$Nфз_{\text{ИН}}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с иными целями, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, посещений;

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

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

$Nфз_{\text{НЕОТЛ}}$ 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;

$No_{\text{ОЗ}}$ средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой ОМС

в части базовой программы ОМС, обращений;

Нфз_{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;

Н_{дн} средний норматив объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с целью диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

Нфз_{дн} средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях с целью диспансерного наблюдения, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

ОС_{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. Дифференцированные годовые подушевые нормативы для финансирования МО при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, учитывающие половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, приведены в Приложении № 21 к Тарифному соглашению.

2.8. 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.

2.9. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных расчётов, 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, при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в горизонтальных расчётах, приведены в приложении № 6 к Тарифному соглашению.

2.10. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях женщинам, 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.

2.11. 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.

2.12. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в МО согласно Приложениям № 1.1, № 1.1-а, № 1.6.1: приёмы и консультации врачей-специалистов (за исключением консультаций, оказанных в приёмном отделении стационара), а также среднего медицинского персонала; профилактические медицинские осмотры и диспансеризация; медицинские услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях стационаров прикрепленным лицам; общие манипуляции и процедуры; манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические, колопроктологические, урологические, оториноларингологические, сурдологические-оториноларингологические, офтальмологические, стоматологические, аллергологические и иммунологические, гематологические, дерматовенерологические, эндоскопические; медицинские услуги Центра здоровья; лечебные и диагностические пункции; функциональная диагностика; общеклинические лабораторные исследования; биохимические лабораторные исследования; микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования; иммунологические лабораторные исследования (за исключением тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА); цитологические исследования; рентгенологические исследования; компьютерная томография и магнитно-резонансная томография (за исключением ПЭТ/КТ и исследований, выполненных в рамках диагностики онкологических заболеваний, а также исследований, выполненных в связи с ОРВИ, гриппом, пневмонией, бронхитом или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV); радиоизотопные диагностические исследования; ультразвуковые диагностические исследования; термография; профилактические прививки; анестезиологические манипуляции (поликлинический уровень); хирургические вмешательства (поликлинический уровень); гипербарическая оксигенация; физиотерапия; ЛФК; массаж; рефлексотерапия; отдельные оперативные пособия I и II категорий сложности.

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

2.13. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива в МО согласно Приложениям № 1.2, № 1.2-а, № 1.3, № 1.3-а, № 1.6.2: онкологические консилиумы; медицинская реабилитация; гистологические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования; позитронно-эмиссионная томография, совмещённая с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ); медицинские услуги женской консультации; компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, выполненная в рамках диагностики онкологических заболеваний, а также компьютерная томография, выполненная в связи с ОРВИ, гриппом, пневмонией, бронхитом или коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV; медицинские услуги, выполненные в рамках углублённых медицинских осмотров лиц моложе 18 лет, занимающихся спортом; медицинские услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях стационаров не прикрепленным лицам; комплексные посещения в рамках диспансерного наблюдения; медицинские услуги, оказанные в приёмных отделениях стационаров; медицинские услуги, оказанные в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения и не участвующие в горизонтальных взаиморасчётах.

2.14. Для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи осуществляется за счёт средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

2.15. 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 2023 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 (P) 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 $KД_i$ для каждой половозрастной группы по формуле:

$$КД_i = P_i / P;$$

2) Рассчитывается среднедушевой норматив финансирования СМО (С) 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:

$$D_i = C \times КД_i, \text{ где:}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

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

$КД_i$ - 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.

Коэффициенты дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц ($K_{ДПi}$) 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 прикрепившемся застрахованным в городе Москве лицам за расчетный период, без учета медицинских услуг, исключенных из подушевого финансирования;

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:

$PP_i = 3\Pi_i / M / Ч\Pi_i$, где:

$3\Pi_i$ - 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;

M – количество месяцев в расчетном периоде;

$Ч\Pi_i$.– 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 ($КД\Pi_i$), по следующей формуле:

$$КД\Pi_i = PP_i / PP$$

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.

Коэффициенты дифференциации по половозрастным группам прикрепившихся застрахованных лиц ($КД\Pi_i$) для подушевого финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» рассчитываются не реже одного раза в год.

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 случай лечения заболевания (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании

с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению 1.3-а к Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, включенным в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.2-а к Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, включенной в утвержденный Тарифным соглашением 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 (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), 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 (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), 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, (в которых применяется) 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 утвержденный Тарифным соглашением 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 утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, согласно приложению № 1.2-а 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 размер финансового обеспечения 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:

$$\Phi O_{CP}^{ДС} = \frac{(N_{одс} \times N_{фздс}) \times Чз - O_{СМТР}}{Чз}, \text{ где:}$$

$\Phi O_{CP}^{ДС}$ средний размер финансового обеспечения 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;

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

$Нфз_{ДС}$ средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, рублей;

$ОС_{МТР}$ 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 (в том числе в стационарах кратковременного пребывания) или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3. Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), в том числе в сочетании с оплатой за проведение заместительной почечной терапии.

4.2. Средний размер финансового обеспечения 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:

$$\Phi O_{CP}^{KC} = \frac{(N_{OKC} \times N_{FZKC}) \times \text{Чз} - O_{C_{MTP}}}{\text{Чз}}, \text{ где:}$$

ΦO_{CP}^{KC} средний размер финансового обеспечения 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_{OKC} средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный Территориальной программой ОМС в части базовой программы ОМС, случаев лечения;

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

$O_{C_{MTP}}$ 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;

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 размер финансового обеспечения 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:

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

$\Phi O_{CP}^{СМП}$ средний размер финансового обеспечения 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;

$OС_{МТР}$ 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. 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.

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

5.5. 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 и родов

8.1. При оплате медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», оказываемой в период беременности и родов 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 и родов, вставших на учет 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)
- осуществляется доплата в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

При отсутствии возможности выполнения в данной медицинской организации отдельных скрининговых и лабораторных исследований, проведение их возможно в других медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС

(в том числе в соответствии с распорядительными документами Департамента здравоохранения города Москвы); наличие направления на исследования обязательно. Оказание данных медицинских услуг не является причиной отказа в доплате в виде разницы между суммарной стоимостью оказанных медицинских услуг и нормативом подушевого финансирования на женщин в период беременности и родов.

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 женщинам, 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.

9. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам с онкологическими заболеваниями с локализациями злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, 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 2023 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, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, 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 2023 год.

10. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам в случаях проведения лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции (2019-nCoV)

10.1. В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) (коды медицинских услуг 61440/161440/161441) осуществляется оплата лекарственных препаратов, использованных при лечении по тарифам, установленным Приложением № 17.1 «Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу», утвержденным Тарифным соглашением на 2023 год.

10.2. Возмещение стоимости лекарственных препаратов, использованных при лечении коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара, осуществляется при оплате основной медицинской услуги (базового тарифа) (коды медицинских услуг 61440/161440/161441).

11. Оплата медицинской помощи, оказываемой пациентам в случаях проведения лекарственной терапии при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей

11.1. В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей (код медицинской услуги 81071) осуществляется оплата лекарственного препарата, использованного при лечении по тарифу, установленному Приложением № 17.2 «Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей», утвержденным Тарифным соглашением на 2023 год.

11.2. Возмещение стоимости лекарственного препарата, использованного при лечении пациентов с саркомой мягких тканей в условиях круглосуточного стационара, осуществляется при оплате основной медицинской услуги (код медицинской услуги 81071).

12. Оплата медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках реализации специализированных целевых программ взрослому населению, при имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования

12.1. В случаях проведения имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках реализации специализированных целевых программ взрослому населению, в дополнение к основной комплексной медицинской услуге (код медицинской услуги 82033) осуществляется оплата расходных материалов, использованных при оказании указанной комплексной медицинской услуги, по тарифу, установленному Приложением № 17.3 «Тарифы на оплату дорогостоящих расходных материалов в условиях

круглосуточного стационара, оплачиваемых в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования в рамках реализации специализированных целевых программ», утвержденным Тарифным соглашением на 2023 год.

12.2. Возмещение стоимости расходных материалов, использованных при имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в рамках реализации специализированных целевых программ взрослому населению, осуществляется при оплате основной комплексной медицинской услуги (код медицинской услуги 82033).

Приложение 1
к Положению о Порядке оплаты
медицинской помощи, оказываемой
по Территориальной программе обязательного
медицинского страхования города Москвы

Форма Акта оплаты счёта (реестра счёта) МО за медицинскую помощь

Акт оплаты счёта (реестра счёта) _____

(наименование МО, округ МО, код МО)

за медицинскую помощь, оказанную застрахованным СМО _____

(наименование СМО, код СМО)

по территориальной программе ОМС г. Москвы

(за медицинскую помощь, оказанную по базовой программе ОМС г. Москвы пациентам, застрахованным на территории иного субъекта РФ (иногородним))

за _____ 202... г.

(месяц)

Категория пациентов МО (с учётом типа прикрепления)	Принято «наименование СМО» по «наименование МО»										
	Количественные показатели	Стоимость, руб., коп.									
	Пациентов (записей в реестре пациентов) / вызовов бригад ССиНМП всего	Общий расчётный объем подушевого финансирования (в том числе горизонтальные расчёты)	АПП (при применении способа оплаты за единицу объёма)	Дневной стационар (при применении способа оплаты за единицу объёма)	МП вне МО	ВМП (дневной стационар)	Стационарная помощь		ВСЕГО (3+4+5+6+7+8)	Стоимость лекарственных средств (ЗНО), принятых МГФОМС	Стоимость лекарственных средств (за исключение ЗНО), принятых МГФОМС
Всего	в т.ч. ВМП										
1	2	3	4	5	6	7	8	8.1.	9	10	11
1. ПМСП (терапевтический/педиатрический участок)											

1.1. Прикреплённые к данной МО с ПФ											
1.2. Прикреплённые к другим МО с ПФ											
1.3. Неприкреплённые											
1.4. Итого по ПМСП: (1.1. + 1.2. + 1.3.)											
2. ПМСП по профилю «стоматология» (стоматологический участок)											
2.1. Прикреплённые к данной МО с ПФ											
2.2. Прикреплённые к другим МО с ПФ											
2.3. Неприкреплённые											
2.4. Итого ПМСП по профилю «стоматология»: (2.1 + 2.2 + 2.3)											

3. Скорая и неотложная медицинская помощь, оказанная вне МО											
3.1. Вызовы бригад СМП											
3.2. Вызовы бригад НМП											
4. ИТОГО по Акту (1.4+2.4+3.1+3.2):											
5. Сумма средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам горизонтальных расчётов с другими медицинскими организациями											
6. Сумма средств на авансирование медицинской помощи											

7. Сумма средств, подлежащих удержанию, по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчётов прошлых периодов											
8. Итого подлежит перечислению в МО (4-5-6-7)											

От страховой медицинской организации:

(должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202__ г

МП

От МГФОМС:

(должность, подпись, фамилия И.О.)

Дата _____ 202__ г

ОЗНАКОМЛЕН

От медицинской организации:

(должность, подпись, фамилия и.о.)

Дата _____ 202__ г

МП