

Приложение № 15
к Дополнительному соглашению № 1
от «03» февраля 2020 года
к Тарифному соглашению на 2020 год
от « 30 » декабря 2019 года

**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), включенных 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;

- Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе 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.

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.3 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. В соответствии с пп. 2 п. 5.3 Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, определяются средние размеры финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующим формулам:

- для медицинской помощи, оказываемой с профилактическими и иными целями:

$$СРФО_{\text{проф}}^{\text{амб}} = Н_{\text{проф}} * Нфз_{\text{проф}}$$

где:

$СРФО_{\text{проф}}^{\text{амб}}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Н_{\text{проф}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Нфз_{\text{проф}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с профилактическими и иными целями, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой с целью проведения профилактических медицинских осмотров:

$$СРФО_{\text{проф. (мед. осм)}}^{\text{амб}} = Н_{\text{проф. (мед. осм)}} * Нфз_{\text{проф. (мед. осм)}}$$

где:

$СРФО_{\text{проф. (мед. осм)}}^{\text{амб}}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с целью проведения профилактических медицинских осмотров МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Н_{\text{проф. (мед. осм)}}$ - средний норматив объема медицинской помощи,

оказываемой в амбулаторных условиях с целью проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Nфз_{\text{проф. (мед. осм)}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях с целью проведения профилактических медицинских осмотров, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в неотложной форме:

$$СРФО_{\text{неотл.}}^{\text{амб}} = Nо_{\text{неотл.}} * Nфз_{\text{неотл.}}$$

где:

$СРФО_{\text{неотл.}}^{\text{амб}}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Nо_{\text{неотл.}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, посещений;

$Nфз_{\text{неотл.}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в связи с заболеваниями:

$$СРФО_{\text{оз.}}^{\text{амб}} = Nо_{\text{оз.}} * Nфз_{\text{оз.}}$$

где:

$СРФО_{\text{оз.}}^{\text{амб}}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Nо_{\text{оз.}}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, обращений;

$Nфз_{\text{оз.}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования,

рублей.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. 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.

2.11. 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.

2.12. 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 2020 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.

2.13. 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:

$$KД_i = P_i / P;$$

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 подушечные нормативы для половозрастных групп застрахованных лиц с использованием коэффициентов дифференциации по формуле:

$$Д_i = C \times KД_i, \text{ где:}$$

С - среднедушевой норматив финансирования страховой медицинской организации;

$Д_i$ - дифференцированный подушечный норматив для i-той половозрастной группы застрахованных лиц;

$KД_i$ - 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.

Коэффициент 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:

$$РП = ЗП/М/ЧП, \text{ где:}$$

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.

3.5. В соответствии с пп. 1 п. 5.4 Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения, утвержденных приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных

Территориальной программой ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующим формулам:

- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара:

$$СРФО^{ДС} = Н_{ДС} * Нфз_{ДС}$$

где:

$СРФО^{ДС}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Н_{ДС}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев лечения;

$Нфз_{ДС}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «онкология»:

$$СРФО^{ДС}_{(проф. онк.)} = Н_{ДС (проф. онк.)} * Нфз_{ДС (проф. онк.)}$$

где:

$СРФО^{ДС}_{(проф. онк.)}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «онкология», МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Н_{ДС (проф. онк.)}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «онкология», установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев лечения;

$Нфз_{ДС (проф. онк.)}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе по профилю «онкология», установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе при экстракорпоральном оплодотворении:

$$СРФО^{ДС}_{(эко)} = Н_{ДС (эко)} * Нфз_{ДС (эко)}$$

где:

$СРФО^{ДС}_{(эко)}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской

помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе при экстракорпоральном оплодотворении, МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Но_{дс}$ (эко) - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, в том числе при экстракорпоральном оплодотворении, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев лечения;

$Нфз_{дс}$ (эко) - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара при экстракорпоральном оплодотворении, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

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 дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, приведены в приложении № 10.2 к Тарифному соглашению.

3.10. 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).

3.11. 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. В соответствии с пп. 1 п. 5.4 Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения, утвержденных приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующим формулам:

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях:

$$СРФО^{стационар} = Н_{о,стационар} * Н_{фз,стационар}$$

где:

$СРФО^{стационар}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Н_{о,стационар}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев госпитализации;

$Н_{фз,стационар}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по профилю «онкология»:

$$СРФО^{стационар(проф. онк.)} = Н_{о,стационар(проф. онк.)} * Н_{фз,стационар(проф. онк.)}$$

где:

$СРФО_{(проф. онк.)}^{стacц}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по профилю «онкология», МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Но_{(проф. онк.)}^{стacц}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в стационарных условиях, в том числе по профилю «онкология», установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев госпитализации;

$Нфз_{(проф. онк.)}^{стacц}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в стационарных условиях, в том числе по профилю «онкология», установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей;

- для медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по медицинской реабилитации:

$$СРФО_{(мед. реаб.)}^{стacц} = Но_{(мед. реаб.)}^{стacц} * Нфз_{(мед. реаб.)}^{стacц}$$

где:

$СРФО_{(мед. реаб.)}^{стacц}$ - средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по медицинской реабилитации, МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, рублей;

$Но_{(мед. реаб.)}^{стacц}$ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях в стационарных условиях, в том числе по медицинской реабилитации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, случаев госпитализации;

$Нфз_{(мед. реаб.)}^{стacц}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, в том числе по медицинской реабилитации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

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 отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 8.2 к Тарифному соглашению.

4.6. 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.

4.7. 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.

4.8. 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.

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

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

4.11. 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. В соответствии с пп. 2 п. 5.3 Требований к структуре и содержанию Тарифного соглашения, установленных приказом Федерального фонда ОМС от 21.11.2018 № 247 «Об установлении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, определяется средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации МО, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо по следующей формуле:

$$СРФО_{\text{сп}} = Н_{\text{осп}} * Нфз_{\text{сп}}$$

где:

$СРФО_{\text{сп}}$ - 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;

$Н_{\text{осп}}$ - средний норматив объема скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, вызовов;

$Нфз_{\text{сп}}$ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема скорой

медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, установленный Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части базовой программы обязательного медицинского страхования, рублей.

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 по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», оказываемой в период беременности, родов и послеродовой период

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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.

8. 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

8.1 Оплата законченного случая лекарственной терапии (1 цикл лечения) пациента осуществляется по базовому тарифу, установленному приложениями № 8.1, 10.1 к Тарифному соглашению на 2020 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.

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

8.1.2 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.

8.2 В случаях назначения противоопухолевой терапии пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, мочевом пузыре, яичниках, желудке, легких, а также пациентам с колоректальным раком, меланомой и злокачественными новообразованиями головы и шеи, 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.

8.3 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 2020 год.