

КОМИССИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ
ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Применение 3
№ *6 Протокол № 1/22*
« 30 » *12.* 2021

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2022 ГОД**

город Москва

«30» декабря 2021 г.

Раздел 1 «Общие положения»

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы

Хрипун А.И.

Директор Московского городского фонда обязательного
медицинского страхования

Зеленский В.А.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы

Попова Э.В.

Заместитель директора Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования

Туринский Г.А.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения
города Москвы

Токарев А.С.

Заместитель директора Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования

Ефименко С.А.

Заместитель директора Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования

Хохлачева Л.В.

Заместитель руководителя Департамента экономической
политики и развития города Москвы

Кострома Л.В.

Член Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья»	Полунина Н.В.
Председатель Правления Региональной общественной организации «Столичное объединение врачей», президент ГБУЗ города Москвы «ГКБ имени братьев Бахрушиных ДЗМ»	Гайнулин Ш.М.
Член Исполкома общероссийской общественной организации «Союз педиатров России», главный врач ГБУЗ города Москвы «ДГКБ № 9 имени Г.Н. Сперанского ДЗМ»	Корсунский А.А.
Главный врач ГБУЗ города Москвы «Московская городская онкологическая больница № 62 ДЗМ»	Каннер Д.Ю.
Главный врач ГБУЗ города Москвы «ГКБ имени Д.Д. Плетнева ДЗМ»	Назарова И.А.
Главный врач ГБУЗ города Москвы «КДП № 121 ДЗМ»	Тяжельников А.А.
Председатель Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Ремизов С.В.
Директор Московской дирекции акционерного общества «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»	Буров Д.С.
Заместитель генерального директора ООО «Капитал Медицинское Страхование»	Третьякова Е.Н.
Директор дирекции обязательного медицинского страхования в г. Москве акционерного общества «Медицинская акционерная страховая компания»	Кульченко К.Е.
Руководитель управления правового обеспечения Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Юренева Т.О.
Заведующий отделом экономической работы и оплаты труда - правовой инспектор труда управления правового обеспечения аппарата Региональной общественной организации Профессионального союза работников здравоохранения г. Москвы	Манейлова О.С.

именуемые в дальнейшем Стороны, в соответствии с частью 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326 – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключили настоящее Тарифное соглашение на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы на 2022 год (далее – Тарифное соглашение), о нижеследующем:

1.1. Предметом Тарифного соглашения являются согласованные Сторонами тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями застрахованным лицам по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – тарифы), способы оплаты медицинской помощи, размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи, размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

1.2. Тарифное соглашение разработано в соответствии со статьей 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), Законом города Москвы от 10.11.2021 № 31 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов», постановлением Правительства Москвы от 24.12.2021 № 2208-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов» (далее – Территориальная программа).

1.3. Тарифы устанавливаются Тарифным соглашением между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, представителями страховых медицинских организаций, Медицинской профессиональной некоммерческой организацией, созданной в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Профессиональным союзом медицинских работников города Москвы, входящими в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее – Комиссия по разработке территориальной программы ОМС).

1.4. Тарифное соглашение распространяет свое действие на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Территориальную программу обязательного медицинского страхования города Москвы.

1.5. Информационное взаимодействие между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями, а также между медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования осуществляется посредством веб-сервисов подсистемы региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц (РС ЕРЗЛ) и подсистемы персонифицированного учёта медицинской помощи (ПУМП) автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (АИС ОМС).

1.6. Основные термины и определения, используемые в рамках настоящего Тарифного соглашения:

1.6.1. Обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах Территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.6.2. Застрахованное лицо – физическое лицо, на которое распространяется обязательное медицинское страхование в соответствии с Федеральным законом.

1.6.3. Территориальная программа обязательного медицинского страхования – составная часть Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования.

1.6.4. Медико-экономический контроль – установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам на основании предоставленных к оплате медицинской организацией реестров счетов условиям договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, Территориальной программе обязательного медицинского страхования, способам оплаты медицинской помощи и тарифам на оплату медицинской помощи.

1.6.5. Медико-экономическая экспертиза – установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющимся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

1.6.6. Экспертиза качества медицинской помощи – выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

1.6.7. Страховой случай – совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

1.6.8. Страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию – исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации.

1.6.9. Медицинская помощь – комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

1.6.10. Медицинская услуга – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.

1.6.11. Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС – перечень простых услуг, с указанием наименований медицинских услуг, затрат времени врачебного и среднего медицинского персонала на их выполнение, и комплексных медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями – участниками системы обязательного медицинского страхования города Москвы. Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС представляет собой совокупность приложений к Тарифному соглашению, устанавливающих тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, и предназначен для кодирования простых и комплексных медицинских услуг. Московский городской реестр медицинских услуг в системе ОМС имеет унифицированную систему кодирования: каждая медицинская услуга имеет индивидуальный шестизначный код.

1.6.12. Заболевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

1.6.13. Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующие оказания медицинской помощи.

1.6.14. Тяжесть заболевания или состояния – критерий, определяющий степень поражения органов и (или) систем организма человека либо нарушения их функций, обусловленные заболеванием или состоянием либо их осложнением.

1.6.15. Качество медицинской помощи – совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

1.6.16. Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

1.6.17. Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

1.6.18. Высокотехнологичная медицинская помощь, являющаяся частью специализированной медицинской помощи, включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники.

1.6.19. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

1.7. Тарифное соглашение включает в себя:

1.7.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.2. 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 (Приложение № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих

прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах (Приложение № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.7. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (Приложение № 1.4 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.8. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО (Приложение № 1.5 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.9. Перечень комплексных медицинских услуг, применяемых при заболеваниях, лечение которых возможно в амбулаторно-поликлинических условиях или условиях дневного стационара (Приложение № 1.5.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.10. Перечень медицинских организаций, 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 настоящему Тарифному соглашению);

1.7.11. 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) (Приложение 1.6.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.12. Перечень медицинских организаций, 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 настоящему Тарифному соглашению);

1.7.13. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования (Приложение № 1.8 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.14. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (Приложение № 1.9 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.15. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (Приложение № 2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.16. Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (Приложение № 2.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.17. Инструкция по учету медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.18. Порядок учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара (Приложение № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.19. Перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций (Приложение № 4 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.20. Положение о Порядке оплаты медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы (Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.21. 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») (Приложение № 6 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.22. 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 (Приложение № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.23. Тарифы на оплату исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае обследования в эпидемических очагах (бытовых и (или) семейных), оказываемых в амбулаторных условиях лицам, застрахованным по ОМС, контактировавшим с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), 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 (Приложение № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.24. Тарифы на оплату скрининговых исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, оказываемых в амбулаторных условиях лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, 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 (Приложение № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.25. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (Приложение № 7 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.26. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» (Приложение № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.27. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (приложение № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.28. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 8.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.29. 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 настоящему Тарифному соглашению (Приложение № 8.1.1. к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.30. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по отдельным медицинским услугам в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 8.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.31. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях по законченным случаям лечения заболевания с применением высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 9 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.32. 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 (Приложение № 9.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.33. 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 (Приложение № 9.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.34. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяемые, в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (Приложение № 10 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.35. 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 (Приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.36. 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 (Приложение № 10.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.37. 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 (Приложение № 10.3 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.38. Тарифы на оплату скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 11 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.39. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации в рамках системы подушевого финансирования на 2022 год (Приложение № 12 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.40. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (Приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.41. Порядок направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе ОМС (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.42. Технологическая карта медицинской услуги (Приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.43. Технологическая карта комплексной медицинской услуги (Приложение № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.44. Форма обращения медицинской организации, участвующей в системе обязательного медицинского страхования города Москвы, по вопросу корректировки объемов медицинской помощи на 2022 год (Приложение № 15.1 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.45. Форма обращения медицинской организации, участвующей в системе обязательного медицинского страхования города Москвы, по вопросу корректировки объемов финансового обеспечения на 2022 год (Приложение № 15.2 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.46. Распределение медицинских организаций, участвующих в 2022 году в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению);

1.7.47. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного и дневного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 17 к настоящему Тарифному соглашению).

1.7.48. Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 17.1 к настоящему Тарифному соглашению).

1.7.49. Годовые подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, 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, имеющих в структуре травматологические пункты (Приложение № 18 к настоящему Тарифному соглашению).

1.7.50. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, с указанием критериев экстренной госпитализации (Приложение № 19.1 к настоящему Тарифному соглашению).

1.7.51. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, без учёта дополнительных критериев (Приложение № 19.2 к настоящему Тарифному соглашению).

1.7.52. 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 (Приложение № 20 к настоящему Тарифному соглашению).

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

Приложения к настоящему Тарифному соглашению являются его неотъемлемой частью.

Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»

2.1. 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), осуществляется в соответствии с «Положением о порядке оплаты медицинской

помощи, оказываемой по Территориальной программе обязательного медицинского страхования города Москвы» (Приложение № 5 к настоящему Тарифному соглашению).

2.2. При реализации Территориальной программы ОМС применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС:

2.2.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (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 настоящему 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 настоящему 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 настоящему 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).

2.2.2. 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 настоящему 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 настоящему Тарифному соглашению.

2.2.3. 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.

2.2.4. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях):

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), 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.

2.2.5. При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), 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 настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), включенного в соответствующую группу 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 настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), 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 настоящему Тарифному соглашению;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), 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 (пункт 2.3 настоящего Тарифного соглашения), 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 настоящему 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 настоящему 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 настоящему Тарифному соглашению.

2.2.6. 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, установленной Тарифным соглашением.

2.2.7. При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации (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), 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.

При оплате скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи иных медицинских организаций, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по установленному тарифу на оплату медицинской помощи за единицу объема медицинской помощи (вызов бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в соответствии с ее профилем).

2.2.8. 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.

2.3. При оплате медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС, к способу оплаты «прерванный случай лечения заболевания» относятся прерванные случаи оказания медицинской помощи при прерывании лечения по медицинским показаниям, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказании медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при лечении злокачественных новообразований, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, при переводе пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летальном исходе, выписке пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, указанных в приложении 16 к Территориальной программе.

2.4. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология») и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

2.4.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.2. 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, приведен в приложении № 1.1-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.3. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.4. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций,

имеющих прикрепившихся лиц, и участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.2-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.5. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и специализированную медицинскую помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.6. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, приведен в приложении № 1.3-а к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.7. Порядок прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в приложении № 1.4 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.8. Перечень медицинских услуг, оказываемых независимо от наличия направления из медицинских организаций по месту прикрепления застрахованных лиц в рамках неотложных мероприятий, затраты на оказание которых возмещаются при горизонтальных расчетах с МО, приведен в приложении № 1.5 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.9. Перечень комплексных медицинских услуг, применяемых при заболеваниях, лечение которых возможно в амбулаторно-поликлинических условиях или условиях дневного стационара, приведен в приложении № 1.5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.4.10. Значения коэффициентов специфики оказания медицинской помощи при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, учитывающих половозрастной состав обслуживаемого населения, плотность расселения обслуживаемого населения, уровень и структуру заболеваемости обслуживаемого населения, приведены в приложении № 21 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология», оказанной в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

2.5.1. Перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, приведен в приложении № 1.6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.5.2. 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), приведен в приложении № 1.6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.6. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования в медицинских организациях согласно Приложениям № 1.1, № 1.1-а, № 1.6.1:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная, оказываемая в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению;

- первичная медико-санитарная помощь по профилю «стоматология», в том числе первичная врачебная и первичная специализированная, оказываемая в амбулаторных условиях взрослому и детскому населению;

- 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.

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

Подушевой норматив финансового обеспечения на прикрепившихся лиц к медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях, включает оплату профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации.

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

2.8. Перечень медицинских организаций, осуществляющих проведение исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования, приведен в приложении № 1.9 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

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

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

2.9.3. Порядок оплаты, в том числе прерванных случаев лечения, устанавливается в соответствии с Инструкцией по учету медицинской помощи (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

2.9.4. Порядок учета и оплаты противоопухолевой терапии пациентов при злокачественных новообразованиях в условиях круглосуточного и дневного стационара устанавливается в соответствии с приложением № 3.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9.5. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, с указанием критериев экстренной госпитализации, приведен в приложении № 19.1 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9.6. Перечень комплексных медицинских услуг, оказываемых в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, используемых для учета острых, в том числе угрожающих жизни, состояний пациентам, госпитализированным по каналу «самотек» в круглосуточные стационары, без учёта дополнительных критериев, приведен в приложении № 19.2 к настоящему Тарифному соглашению.

2.9.7. 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 настоящему Тарифному соглашению.

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

2.11. В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи установлено распределение медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, по следующим уровням (Приложение № 16 к настоящему Тарифному соглашению):

первый уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, оказание специализированной медицинской помощи (за исключением медицинской помощи, оказываемой на втором и третьем уровнях);

второй уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной медицинской помощи, в том числе в неотложной форме, специализированной (за исключением высокотехнологичной) медицинской помощи медицинскими организациями, имеющими специализированные отделения и (или) центры в качестве структурных подразделений, диспансерами и другими медицинскими организациями, оказывающими специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях (за исключением медицинской помощи, оказываемой на третьем уровне);

третий уровень оказания медицинской помощи - оказание первичной (в том числе первичной специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме, специализированной (в том числе высокотехнологичной) медицинской помощи медицинскими организациями, осуществляющими оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Распределение по уровням медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде и новорожденным, осуществляется в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н.

Раздел 3 «Тарифы на оплату медицинской помощи»

3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по Территориальной программе ОМС, осуществляется по тарифам, установленным в рублях и копейках.

3.2. Тарифы используются для оплаты медицинской помощи по Территориальной программе ОМС в соответствии с утвержденными способами оплаты.

3.3. Тарифы устанавливаются исходя из объема бюджетных ассигнований на реализацию Территориальной программы ОМС, установленного Законом города Москвы от 10.11.2021 № 31 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов».

3.4. Тарифы на оплату медицинской помощи в одной медицинской организации являются едиными для всех страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность по Территориальной программе ОМС на территории города Москвы.

Для всех медицинских организаций, участвующих в 2022 году в реализации Территориальной программы ОМС, установлен коэффициент 1, независимо от уровня оказания медицинской помощи.

3.5. Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н в составе Правил обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

3.6. Тарифы на оплату медицинской помощи формируются в соответствии с принятыми в Территориальной программе ОМС способами оплаты медицинской помощи и в части расходов на заработную плату включают финансовое обеспечение денежных выплат стимулирующего характера, в том числе денежные выплаты:

- врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики (семейным врачам), врачам отделений медицинской помощи населению на дому, медицинским сестрам медицинского поста, медицинским сестрам участковым врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов (заведующим фельдшерско-акушерскими пунктами, фельдшерам, акушерам (акушеркам), медицинским сестрам, в том числе медицинским сестрам патронажным) за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

- врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации;

- врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

3.7. Оплата медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

3.7.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 9 558,66, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 9 431,68, из них для медицинской помощи, оказываемой:

- с профилактической и иной целью 2 348,71 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 2 303,30 рублей, в том числе:

- с целью проведения профилактических медицинских осмотров – 556,20 рублей;

- с целью проведения диспансеризации – 554,61 рублей;

- с иными целями – 1 237,91 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 1 192,50 рублей;

- в неотложной форме – 402,03 рублей;

- в связи с заболеваниями – 6 807,92 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 6 726,36 рублей.

3.7.1.1. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях устанавливается в размере 0,82.

3.7.2. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, 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, за исключением медицинских организаций, указанных в Приложении № 18 к настоящему Тарифному соглашению в размере 7 732,10 рублей, в том числе:

до одного года – 36 959,44 рублей;

один год – четыре года – 13 376,53 рублей;

пять лет – семнадцать лет – 13 376,53 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 3 015,52 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 5 567,11 рублей;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 4 484,62 рублей;

пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 7 500,14 рублей;

шестьдесят пять лет и старше мужчины – 12 371,36 рублей;

шестьдесят пять лет и старше женщины – 12 371,36 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, 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, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.7.3. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливаются годовые подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, 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, имеющих в структуре травматологические пункты, согласно Приложению № 18 к настоящему Тарифному соглашению.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, 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, имеющих в структуре травматологические пункты, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.7.4. В рамках реализации Территориальной программы ОМС годовой подушевой норматив с учетом повышающих коэффициентов для финансирования медицинских организаций, 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 и указанных в п.п. 1-3 Приложения № 1.7 к настоящему Тарифному соглашению, составляет 8 814,59 рублей, в том числе:

до одного года – 42 133,74 рублей;

один год – четыре года – 15 249,24 рублей;

пять лет – семнадцать лет – 15 249,24 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 3 437,69 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 6 346,50 рублей;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 5 112,46 рублей;

пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 8 550,15 рублей;

шестьдесят пять лет и старше мужчины – 14 103,34 рублей;

шестьдесят пять лет и старше женщины – 14 103,34 рублей.

В рамках реализации Территориальной программы ОМС годовой подушевой норматив с учетом повышающих коэффициентов для финансирования медицинских организаций, 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 и указанных в п.п. 4 - 7 Приложения № 1.7 к настоящему Тарифному соглашению, составляет 10 206,37 рублей, в том числе:

до одного года – 48 786,45 рублей;

один год – четыре года – 17 657,02 рублей;

пять лет – семнадцать лет – 17 657,02 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 3 980,48 рублей;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 7 348,59 рублей;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 5 919,69 рублей;
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 9 900,18 рублей;
шестьдесят пять лет и старше мужчины – 16 330,19 рублей;
шестьдесят пять лет и старше женщины – 16 330,19 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, 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, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

Повышающие коэффициенты, указанные в Приложении № 1.7 к настоящему Тарифному соглашению не применяются при расчете подушевого финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

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

3.7.4.2. Базовый норматив финансовых затрат на оплату отдельных диагностических (лабораторных) исследований, предусмотренных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере 511,86 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 528,81 рублей.

3.7.5. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, в размере 342,54 рублей, в том числе:

до одного года – 352,13 рублей;
один год – четыре года – 352,13 рублей;
пять лет – семнадцать лет – 1 208,82 рублей;
восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 135,30 рублей;
восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 152,43 рублей;
шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 119,20 рублей;
пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 145,24 рублей;

шестьдесят пять лет и старше мужчины – 548,06 рублей;
шестьдесят пять лет и старше женщины – 548,06 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного по полу и возрасту подушевого норматива.

3.7.6. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «дерматология», в размере – 125,89 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара по профилю «дерматология», определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.7.7. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, в размере – 174,26 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающего неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.7.8. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» женщинам в период беременности и родов, вставших на учет по беременности в данной медицинской организации, включая медицинскую помощь по всем видам и условиям,

предоставляемую указанной медицинской организацией при условии выполнения в данной медицинской организации базового спектра обследования беременных женщин и проведения в данной медицинской организации всех лечебных мероприятий, включая родовспоможение, в размере – 150 000,00 руб.

3.7.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в рамках Территориальной программы ОМС:

3.7.9.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в размере – 16 474 рублей.

3.7.9.2. В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в размере – 19 768,75 рублей, в том числе:

- восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины – 10 872,81 рублей;
- восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины – 14 035,81 рублей;
- шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины – 25 106,31 рублей;
- пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины – 19 768,75 рублей;
- шестьдесят пять лет и старше мужчины – 40 921,31 рублей;
- шестьдесят пять лет и старше женщины – 36 176,81 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

3.7.10. Порядок расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации в рамках системы подушевого финансирования на 2022 год, приведен в приложении № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.11. 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.7.12. 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.7.13. Тарифы на оплату исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции в случае обследования в эпидемических очагах (бытовых и (или) семейных), оказываемых в амбулаторных условиях лицам, застрахованным по ОМС, контактировавшим с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), 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 № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.14. Тарифы на оплату скрининговых исследований на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, оказываемых в амбулаторных условиях лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, 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 № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.15. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

до одного года;

один год – четыре года;

пять лет – семнадцать лет;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;

пятьдесят пять – шестьдесят четыре года женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины;

шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, на 2022 год приведены в приложении № 7 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.16. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц при оплате медицинской помощи по профилю «стоматология», оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

до одного года;

один год – четыре года;

пять лет – семнадцать лет;

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;

пятьдесят пять лет – шестьдесят четыре года женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины;

шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях по профилю «стоматология», на 2022 год приведены в приложении № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

3.7.17. При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к Государственному бюджетному учреждению 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 в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, определенные для следующих половозрастных групп:

восемнадцать лет – пятьдесят девять лет мужчины;

восемнадцать лет – пятьдесят четыре года женщины;

шестьдесят лет – шестьдесят четыре года мужчины;

пятьдесят пять – шестьдесят четыре года женщины;

шестьдесят пять лет и старше мужчины;

шестьдесят пять лет и старше женщины.

Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива для ГБУЗ города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» с подушевым финансированием на 2022 год приведены в приложении № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях в рамках Территориальной программы ОМС:

3.8.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере 10 178,50 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 10 139,83 рублей, в том числе по профилю «онкология» - 1 361,68 рублей, по медицинской реабилитации – 67,58 рублей.

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

3.8.2.1. 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 настоящему Тарифному соглашению, приведены в приложении № 8.1.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

3.8.3. 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, а также доли заработной платы в структуре затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, приведены в приложении № 9 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.4. 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.8.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.8.6. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях круглосуточного стационара, приведены в приложении № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.8.7. Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу приведены в Приложении № 17.1 к настоящему Тарифному соглашению».

3.9. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС:

3.9.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 2 552,67 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 2 463,00 рублей, в том числе по профилю «онкология» – 1 754,51 рублей, при экстракорпоральном оплодотворении – 46,84 рублей.

3.9.2. 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.9.3 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 настоящему Тарифному соглашению.

3.9.4. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара по законченным случаям лечения заболевания с применением методов

высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 10.2 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.5. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, 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 № 10.3 к настоящему Тарифному соглашению.

3.9.6. Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях дневного стационара, приведены в приложении № 17 к настоящему Тарифному соглашению.

3.10. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации в рамках Территориальной программы ОМС:

3.10.1. Средний подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, устанавливается в размере – 1 536,25 рублей.

3.10.1.1. Коэффициент приведения среднего подушевого норматива финансирования к базовому нормативу финансирования при оплате скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливается в размере 0,97.

3.10.2. Годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи устанавливается в следующем размере – 1 484,18 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, оказывающего скорую медицинскую помощь, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

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

3.10.2.2. Базовый норматив финансовых затрат на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, за вызов устанавливается в размере 6 720,97 рублей.

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

3.10.4. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется СМО, в соответствии с заключенными между страховыми медицинскими организациями и Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы Договорами на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

3.11. Структура тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы ОМС, включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

Раздел 4 «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества»

Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи) и коэффициенты для определения размера неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи и размера штрафа за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества приведен в приложении № 13 к настоящему Тарифному соглашению.

Раздел 5 «Заключительные положения»

5.1. Порядок внесения изменений и дополнений в Тарифное соглашение.

5.1.1. Предложения по внесению изменений или дополнений в перечень простых, сложных и комплексных медицинских услуг по видам и профилям медицинской помощи и индексации тарифов на оплату медицинской помощи (далее – предложения по внесению изменений или дополнений) могут вноситься Сторонами Тарифного соглашения в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС в соответствии с Порядком направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования (далее – Рабочая группа) (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению).

Предложения по редакции действующих и/или включению новых медицинских услуг должны содержать информацию, согласно утвержденным формам «Технологическая карта медицинской услуги» (приложение № 14.1 к настоящему Тарифному соглашению) и «Технологическая карта комплексной медицинской услуги» (приложение № 14.2 к настоящему Тарифному соглашению), а также соответствующие экономические расчеты.

5.1.2. Предложения по внесению изменений или дополнений рассматриваются Рабочей группой, созданной по решению Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

Решения Рабочей группы оформляются протоколом и выносятся на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.3. Положение о Рабочей группе и ее состав утверждается Комиссией по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.4. Рабочая группа рассчитывает и предлагает на рассмотрение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи, в т.ч.:

- средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов по видам медицинской помощи;
- коэффициент корректировки (индексации) тарифов по отдельным услугам;
- средний коэффициент корректировки (индексации) тарифов по отдельным статьям расходов в структуре расходов на услуги.

5.1.5. Решение об изменении (индексации) тарифов на оплату медицинской помощи принимает Комиссия по разработке территориальной программы ОМС.

5.1.6. В Тарифное соглашение вносятся изменения:

- при внесении изменений в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации, в части включения (исключения) медицинских организаций;

- при внесении изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями (при утверждении распределения объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями не в составе Тарифного соглашения – в случае необходимости дополнения (исключения) сведений, предусмотренных в разделах 5 и 6 Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.12.2020 № 1397н (далее – Требования), для медицинских организаций, объемы предоставления медицинской помощи по которым изменяются);

- при определении новых заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых осуществляется оказание медицинской помощи застрахованным лицам в рамках обязательного медицинского страхования;

- при внесении изменений в Требования, приводящие к изменению структуры и содержания Тарифного соглашения;

- при внесении изменений в порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в части изменения перечня оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшению оплаты медицинской помощи;

- при принятии Президентом Российской Федерации, Правительством Российской Федерации, высшим исполнительным органом государственной власти субъекта Российской Федерации решений, приводящих к необходимости внесения изменений в Тарифное соглашение, в том числе изменении тарифов на оплату медицинской помощи, и (или) решений об изменении тарифов на оплату медицинской помощи.

5.1.7. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются и вводятся в действие в соответствии с решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и оформляются приложениями к Тарифному соглашению.

5.1.8. Настоящее Тарифное соглашение может быть изменено или дополнено по соглашению Сторон.

5.1.9. Изменения и дополнения оформляются Дополнительным соглашением на основании протокола заседания Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

5.2. Распределение объемов предоставления медицинской помощи, в том числе по видам и профилям медицинской помощи/медицинских услуг, объемов финансового

обеспечения медицинской помощи, а также иных показателей, в том числе в разрезе профилей медицинской помощи по медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, устанавливается решением Комиссии по разработке территориальной программы ОМС.

5.3. Порядок внесения изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи.

5.3.1. Предложения по внесению изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи с обоснованиями необходимых изменений направляются медицинскими организациями в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС по форме приложений №№ 15.1, 15.2 к настоящему Тарифному соглашению.

5.3.2. Комиссия по разработке территориальной программы ОМС рассматривает предложения медицинских организаций по внесению изменений в распределение объемов предоставления медицинской помощи, в том числе в разрезе профилей медицинской помощи.

5.4. СМО осуществляют контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, в том числе путем проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи в соответствии с порядком, утвержденным приказом Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

5.5. Порядок разрешения споров.

5.5.1. В случае возникновения споров между Сторонами по настоящему Тарифному соглашению, Стороны принимают все меры по их разрешению путем переговоров.


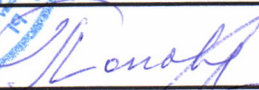
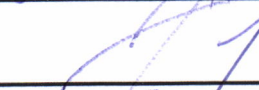









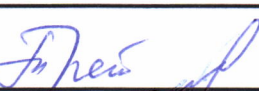
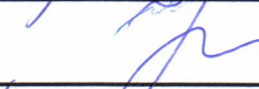
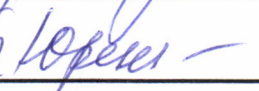

5.5.2. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Тарифного соглашения разрешаются в соответствии с действующим законодательством РФ.

5.6. Настоящее Тарифное соглашение прекращает свое действие в случаях:

- принятия органами законодательной или исполнительной власти РФ или города Москвы нормативных правовых актов, обуславливающих невозможность выполнения данного Тарифного соглашения;
- ликвидации одной из Сторон;
- соглашения Сторон;
- в других случаях, предусмотренных действующим законодательством РФ.

5.7. Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2022 года и действует до 31.12.2022 года.



	А.И. Хрипун
	В.А. Зеленский
	Э.В. Попова
	Г.А. Туринский
	А.С. Токарев
	С.А. Ефименко
	Л.В. Хохлачева
	Л.В. Кострома
	Н.В. Полунина
	Ш.М. Гайнулин
	А.А. Корсунский
	Д.Ю. Каннер
	И.А. Назарова
	А.А. Тяжелников
	С.В. Ремизов
	Д.С. Буров
	Е.Н. Третьякова
	К.Е. Кульченко
	Т.О. Юренева
	О.С. Манейлова

