

Постановление Правительства Москвы от 28 декабря 2023 г. N 2691-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов" (с изменениями и дополнениями)

Приложение. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в г. Москве на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов

#### 4. Территориальная программа ОМС

4.1. Развитие системы обязательного медицинского страхования в городе Москве осуществляется Московским городским фондом обязательного медицинского страхования в рамках реализации законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, предусматривающего реализацию комплекса мер, направленных на повышение социально-экономической эффективности системы обязательного медицинского страхования, обеспечение целевого и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, модернизацию, развитие и обеспечение бесперебойного функционирования информационной системы обязательного медицинского страхования за счет использования современных информационных технологий, аппаратных, программных и телекоммуникационных средств путем обеспечения персонифицированного учета сведений об оказанной медицинской помощи и защиты персональных данных.

4.2. В целях создания организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, включая своевременность оказания указанной медицинской помощи, в городе Москве:

4.2.1. Прием соответствующих заявлений на бумажном носителе и выдача по таким заявлениям на бумажном носителе информации о личности лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию и номере полиса обязательного медицинского страхования в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) лицу, застрахованному по обязательному медицинскому страхованию, помимо страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве, осуществляется также Государственным бюджетным учреждением города Москвы "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы" на основании соответствующего соглашения между указанным учреждением и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и с учетом заключенных этим учреждением договоров со страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве.

4.2.2. Подача соответствующих заявлений в электронной форме возможна с использованием подсистемы "личный кабинет" государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы" или через личный кабинет лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, на официальном сайте Московского городского фонда обязательного медицинского страхования с последующим оформлением по таким заявлениям полисов обязательного медицинского страхования в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) и выдачей на бумажном носителе информации о личности лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию и номере полиса обязательного медицинского страхования в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) лицу, застрахованному по обязательному медицинскому страхованию, Государственным бюджетным учреждением города Москвы "Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы" на основании соглашения, указанного в пункте 4.2.1 Территориальной программы, либо страховой медицинской организацией

в зависимости от места получения полиса обязательного медицинского страхования, выбранного лицом, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, при подаче соответствующего заявления.

4.3. Территориальная программа ОМС как составная часть Территориальной программы создает единый механизм реализации гражданами из числа лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее также - застрахованные лица по ОМС), прав на получение бесплатной медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования.

4.4. Целью реализации Территориальной программы ОМС является обеспечение в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования застрахованных лиц по ОМС бесплатной медицинской помощью гарантированного объема и надлежащего качества в медицинских организациях, включенных в Реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, и заключивших трехсторонний договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию с Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность на территории города Москвы.

4.5. В рамках Территориальной программы ОМС застрахованным лицам по ОМС:

4.5.1. Оказывается в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь и медицинская эвакуация (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, виды которой включены в [раздел I](#) приложения 12 к Территориальной программе, при заболеваниях и состояниях, указанных в [разделе 3](#) Территориальной программы (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения).

4.5.2. Осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение при заболеваниях и состояниях, указанных в [разделе 3](#) Территориальной программы (включая дистанционное наблюдение граждан) (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), и профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, указанных в [разделе 3](#) Территориальной программы, а также мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях в амбулаторных и стационарных условиях и в условиях дневного стационара (при невозможности проведения медицинской реабилитации в медицинской организации мероприятия по медицинской реабилитации осуществляются вне медицинской организации - на дому или выездными медицинскими бригадами), мероприятия по проведению заместительной почечной терапии, мероприятия по применению вспомогательных репродуктивных технологий (в том числе экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4.5.3. Проводятся профилактические медицинские осмотры (обследования) несовершеннолетних в целях получения разрешений для занятий физической культурой и спортом, в том числе оздоровительных мероприятий, оформляемых в виде справок об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для таких занятий.

4.5.4. Проводятся исследования на наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа, (любым из методов), в случае наличия у гражданина:

- признаков острого простудного заболевания неясной этиологии при появлении симптомов, не исключающих наличие новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп;

- новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, в том числе для оценки результатов проводимого лечения;

- положительного результата исследования на выявление возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), респираторной вирусной инфекции, включая грипп, полученного с использованием экспресс-теста (при условии передачи гражданином или уполномоченной на экспресс-тестирование организацией такого экспресс-теста медицинской организации).

4.5.5. Осуществляется оформление и выдача справок об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для занятий физической культурой, в том числе оздоровительных мероприятий, отдельным категориям граждан, указанным в [разделе 3](#) Территориальной программы, по результатам проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

4.5.6. Организуется проведение оценки репродуктивного здоровья граждан, достигших репродуктивного возраста, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4.5.7. Проводится консультирование медицинским психологом женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача.

4.5.8. Проводится аудиологический скрининг новорожденным детям и детям первого года жизни.

4.5.9. Проводится беременным женщинам в медицинских организациях, указанных в [разделе 2](#) приложения 14 к Территориальной программе, пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка, не установленная базовой программой обязательного медицинского страхования, по перечню услуг такой диагностики, утвержденному тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе ОМС.

4.6. В рамках Территориальной программы ОМС проводятся патолого-анатомические вскрытия (посмертные патолого-анатомические исследования внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица по ОМС при получении им медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, в указанных медицинских организациях.

4.7. В рамках Территориальной программы ОМС осуществляется по медицинским показаниям лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения, а также проведение заместительной почечной терапии лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в других субъектах Российской Федерации, по направлениям лечащего врача либо соответствующих комиссий, созданных органами исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, или обращениям (ходатайствам) органов исполнительной власти с последующими расчетами между Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и территориальными фондами обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации, в которых указанным лицам выданы полисы обязательного медицинского страхования.

4.8. В рамках Территориальной программы ОМС лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве:

4.8.1. Оказывается при злокачественных новообразованиях высокотехнологичная медицинская помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования ([приложение 13](#) к Территориальной программе) в медицинских организациях, указанных в [разделе 1](#) приложения 14 к Территориальной программе.

4.8.2. Осуществляется в условиях дневного стационара и стационарных условиях лечение онкологических заболеваний, преобладающих в структуре заболеваемости в городе Москве, с

обеспечением лекарственными препаратами, предусмотренными схемой лечения, определенной в соответствии с клинической рекомендацией (медицинской методологией) лечения онкологического заболевания.

4.8.3. Проводится с привлечением медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования диспансеризация лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, а при наличии хронических заболеваний осуществляется диспансерное наблюдение указанных лиц.

4.8.4. Осуществляется госпитализация лиц, находящихся в стационарных организациях социального обслуживания, в медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающие специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях, в целях оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в случае выявления у таких лиц в рамках проведения диспансеризации или при осуществлении диспансерного наблюдения заболеваний и состояний, являющихся показаниями к оказанию специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в стационарных условиях.

Информация об изменениях:

*Пункт 4.8.5 изменен с 27 апреля 2024 г. - [Постановление Правительства Москвы от 27 апреля 2024 г. N 904-ПП](#)*

*[См. предыдущую редакцию](#)*

4.8.5. Проводится углубленная диспансеризация гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), в течение года после перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и гражданам, которые изъявили желание пройти углубленную диспансеризацию по собственной инициативе и в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

4.8.6. Осуществляется лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения, по направлениям лечащих врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "акушерство и гинекология" (женских консультаций), в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

4.8.7. Проводится заместительная почечная терапия по направлению формы, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, выданному лечащим врачом медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с [частью 2 статьи 21](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", на основании заключения Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

4.8.8. Оказывается в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, медицинская помощь лицам, инфицированным вирусом гепатита С, включая их лекарственное обеспечение (за исключением случаев обеспечения лекарственными препаратами лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусом гепатита С, централизованнокупаемыми федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и обеспечения



лекарственными препаратами лиц, инфицированных вирусом гепатита С, централизованнокупаемыми за счет средств бюджета города Москвы) в соответствии с клиническими рекомендациями.

4.9. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы на оплату медицинской помощи) устанавливаются в соответствии с [Федеральным законом](#) от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

Информация об изменениях:

*Пункт 4.10 изменен с 13 марта 2024 г. - [Постановление Правительства Москвы от 13 марта 2024 г. N 473-ПП](#)*

*[См. предыдущую редакцию](#)*

ГАРАНТ:

Действие настоящего пункта (в редакции настоящих [изменений](#)) [распространяется](#) на правоотношения, возникшие с 1 января 2024 г.

4.10. Структура тарифа 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 медицинских организациях (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, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, 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 четырехсот тысяч рублей за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до одного миллиона рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования.

4.11. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе ОМС (далее - Тарифное соглашение), между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со [статьей 76](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации", Профессиональным союзом медицинских работников города Москвы, представители которых включены в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее - Комиссия по разработке территориальной программы ОМС).

4.12. 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:

4.12.1. 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.

4.12.2. 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.

4.12.3. Врачам, фельдшерам и медицинским сестрам медицинских организаций и подразделений скорой медицинской помощи за оказанную скорую медицинскую помощь вне медицинской организации.

4.12.4. Врачам-специалистам за оказанную медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

4.12.5. Московский городской фонд обязательного медицинского страхования осуществляет ежеквартально мониторинг и анализ уровня оплаты труда медицинских работников медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, в разрезе категорий медицинского персонала с представлением результатов мониторинга в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и информированием Департамента здравоохранения города Москвы для принятия необходимых мер по обеспечению соответствующего уровня оплаты труда медицинских работников.

4.12.6. Тарифы на оплату медицинской помощи детям, оказываемой с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляемой при наличии медицинских показаний, решения соответствующей врачебной комиссии или рекомендаций профильной федеральной медицинской организации (национального медицинского исследовательского центра), в том числе по результатам консультации с использованием телемедицинских технологий, устанавливаются отдельно Тарифным соглашением при формировании тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой детям, страдающим онкологическими заболеваниями.

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

4.13.1. 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, а также расходов на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по группам заболеваний и возрасту, определенных Департаментом здравоохранения города Москвы), в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, включая комплексное посещение, за обращение (законченный случай) 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);

- 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;

- 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, включая проведение по направлению лечащего врача медицинским психологом консультирования женщин в период беременности, родов и послеродовой период);

- за единицу объема медицинской помощи - за комплексное посещение (используется при оплате диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения по группам заболеваний и возрасту, определенных Департаментом здравоохранения города Москвы, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся образовательных организаций).

4.13.2. При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю "стоматология":

- по подушевому нормативу финансирования по профилю "стоматология" на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- 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).

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

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания ([пункт 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания ([пункт 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, включенным в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания ([пункт 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, включенной в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания ([пункт 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации;

- за законченный или прерванный случай лечения заболевания ([пункт 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи за исключением прерванного случая лечения заболевания), за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой по группе высокотехнологичной медицинской помощи), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной лицам, не прикрепившимся к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации при оказании медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, и с включением расходов за единицу объема медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, включенных в утвержденный Тарифным соглашением перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах.

4.13.4. 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 4.14](#) Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе группу высокотехнологичной медицинской помощи, за исключением прерванного случая лечения заболевания), в том числе в сочетании с оплатой за проведение заместительной почечной терапии.

4.13.5. 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 им. 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 им. 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 им. 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).

4.13.6. 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.

4.14. 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, смерти пациента, выписке пациента до истечения трех дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, указанных в [приложении 16](#) к Территориальной программе.

4.15. Формирование перечней медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому

нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, 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, 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), медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, не участвующих в горизонтальных расчетах, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, а также перечня медицинских услуг, оказываемых в условиях дневного стационара, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, осуществляется [Комиссией по разработке территориальной программы ОМС](#) и утверждается Тарифным соглашением.

При этом основанием для включения в перечень медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в горизонтальных расчетах, является оказание консультативно-диагностических медицинских услуг структурными подразделениями государственных научных организаций, государственных образовательных организаций высшего образования, медицинских услуг по лечению бесплодия с использованием вспомогательных репродуктивных технологий медицинскими организациями, оказывающими в качестве основного вида деятельности первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "акушерство и гинекология (использование вспомогательных репродуктивных технологий)", осуществление медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы диспансерного наблюдения лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, проведение заместительной почечной терапии медицинскими организациями, оказывающими в качестве основного вида деятельности первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "нефрология". Основанием для включения в 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), является оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" структурными подразделениями государственных научных организаций, государственных образовательных организаций высшего образования, оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи детям по профилю "стоматология" с применением анестезиологического пособия, а также в неотложной форме медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающими в том числе медицинскую помощь в стационарных условиях, включенными в перечень, утверждаемый Департаментом здравоохранения города Москвы.

4.16. Сведения о применении способов оплаты медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС, содержатся в Тарифном соглашении, включающем в том числе перечни медицинских организаций, сформированные по условиям оказания медицинской помощи.

4.17. При маршрутизации пациентов, осуществляемой в соответствии с [пунктом 2.23](#) Территориальной программы, первичная специализированная медико-санитарная помощь в плановой форме оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения горизонтальных расчетов, при наличии направления в другие медицинские организации, участвующие в реализации Территориальной программы, для получения таких медицинских услуг (за исключением медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология", оказываемой в женских консультациях).

4.18. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования медицинским организациям, указанным в [разделе 1](#) приложения 14 к Территориальной программе, за проведение женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, медицинским организациям, указанным в [разделе 2](#) приложения 14 к Территориальной программе, осуществляется на основании соответствующих договоров, заключаемых между Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и указанными медицинскими организациями.

4.19. Территориальная программа ОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по ОМС (в соответствии с [разделом 6](#) Территориальной программы), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо по ОМС (в соответствии с [разделом 7](#) Территориальной программы), порядок и условия предоставления медицинской помощи (в соответствии с [разделом 2](#) Территориальной программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с [разделом 8](#) Территориальной программы).

Информация об изменениях:

*Пункт 4.20 изменен с 27 апреля 2024 г. - [Постановление Правительства Москвы от 27 апреля 2024 г. N 904-ПП](#)*

*[См. предыдущую редакцию](#)*

4.20. Объемы медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, застрахованным лицам по ОМС, определяются [Комиссией по разработке территориальной программы ОМС](#) на основании предложений Департамента здравоохранения города Москвы, формируемых исходя из потребностей жителей города Москвы в медицинской помощи, структуры коечного фонда, материально-технического, организационного и финансового обеспечения медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС.

Распределение объема медицинской помощи в части отдельных диагностических (лабораторных) исследований - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала (в целях диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии) между медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, осуществляется при наличии у медицинской организации лицензии на медицинскую деятельность, предусматривающую выполнение (оказание) соответствующих работ (услуг).

Распределение объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения осуществляется для медицинских организаций, выполнивших за счет всех источников финансового обеспечения не менее 100 случаев экстракорпорального оплодотворения за предыдущий год.

Федеральные медицинские организации в соответствии с Территориальной программой ОМС оказывают первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь, застрахованным лицам по ОМС, при возникновении потребности у города Москвы в медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, и при условии распределения таким медицинским организациям объемов медицинской помощи [решением](#) Комиссии по разработке территориальной программы ОМС в соответствии с [частью 10 статьи 36](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации". Направление граждан в федеральные медицинские организации осуществляется в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.