

**ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ  
НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,  
ОКАЗЫВАЕМОЙ ПО ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ГОРОДА МОСКВЫ НА 2026 ГОД**

город Москва

«30» декабря 2025 г.

**Раздел 1 «Общие положения»**

Министр Правительства Москвы, руководитель Департамента здравоохранения города Москвы

Хрипун А.И.

Директор Московского городского фонда обязательного медицинского страхования

Урванова И.А.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения города Москвы

Лушникова Ю.П.

Заместитель директора – начальник Управления организации ОМС Московского городского фонда обязательного медицинского страхования

Преображенская М.И.

Заместитель директора – начальник Управления социально-экономического анализа системы ОМС Московского городского фонда обязательного медицинского страхования

Силина Е.В.

Заместитель директора – начальник Управления финансовых расчетов ОМС Московского городского фонда обязательного медицинского страхования

Кузнецова И.В.

Заместитель руководителя Департамента экономической политики и развития города Москвы	Чумаченко Н.С.
Член Общероссийской общественной организации «Общество по организации здравоохранения и общественного здоровья»	Полунина Н.В.
Председатель Правления Региональной общественной организации «Столичное объединение врачей»	Гайнулин Ш.М.
Член Исполкома общероссийской общественной организации «Союз педиатров России»	Корсунский 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 Московского филиала ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед»	Кирсанов А.Н.
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 2026 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 21.08.2025 № 496н (далее – Правила обязательного медицинского страхования), Законом города Москвы от 01.11.2025 № 40 «О бюджете Московского городского фонда обязательного медицинского страхования на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов», постановлением Правительства Москвы от 30.12.2025 № 3389-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» (далее – Территориальная программа).

1.3. Тарифы устанавливаются Тарифным соглашением между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее-МГФОМС), 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 (далее – Территориальная программа ОМС).

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

1.6. Подробная информация по правилам учета медицинской помощи определена в Регламенте информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов.

## Раздел 2 «Способы оплаты медицинской помощи»

### 2.1. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

**При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «стоматология») применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным по ОМС:**

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, электрокардиографии с физической нагрузкой и велоэргометрии, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, позитронной эмиссионной томографии, позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, проведение углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, расходов на оплату диспансерного наблюдения при онкологических заболеваниях и сахарном диабете, диспансерного наблюдения, проведенного в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы (комплексные посещения), медицинской помощи по медицинской реабилитации) с учетом утвержденных в установленном порядке показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой в иных медицинских организациях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи;

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) при оплате:

- медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами субъекта Российской Федерации;

- медицинской помощи лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- медицинской помощи 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;

- отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- медицинской помощи, оказанной в женских консультациях, центрах женского здоровья, центрах амбулаторной онкологической помощи, специализированных центрах компетенции (нефрологических, ревматологических и других специализированных центрах);

- проведения школ беременных и по вопросам грудного вскармливания;

- медицинской помощи, оказанной в медицинской организации по направлению лечащего врача медицинской организации, к которой прикреплен пациент;

- медицинской помощи по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям - компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, электрокардиографии с физической нагрузкой и велоэргометрии, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, позитронной эмиссионной томографии, позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, включая все виды сцинтиграфических исследований, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

- **за единицу объема медицинской помощи – за комплексное посещение при оплате медицинской помощи:**

- при проведении углубленной диспансеризации;

- при проведении медицинской реабилитации;

- **за единицу объема медицинской помощи - за комплексное посещение при оплате медицинской помощи по диспансерному наблюдению в следующем порядке:**

- за комплексное посещение, сложившееся по единичным услугам, выполненным в рамках диспансерного наблюдения в части онкологических заболеваний при выполнении стандартов наблюдения;

- за комплексное посещение по диспансерному наблюдению при сахарном диабете;

- за комплексное посещение по диспансерному наблюдению в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы;

- **при диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья** в следующем порядке:

- за медицинскую услугу при посещении врача-специалиста с оценкой репродуктивного здоровья мужчин;

- за комплексное посещение при оценке репродуктивного здоровья женщин;

- **за единицу объема** медицинской помощи при оплате медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведено и оплачено в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара).

**При оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» применяются следующие способы оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам, застрахованным по ОМС:**

- **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) при оплате медицинской помощи:

- 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;

- в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

**При оплате первичной медико-санитарной помощи по профилю «дерматовенерология», оказываемой в амбулаторных условиях, – 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), который используется при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации.**

Первичная медико-санитарная помощь по профилю «дерматовенерология», осуществляется в ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (4963).

### **2.1.1. Общие принципы оплаты:**

Учет медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях осуществляется с использованием кодов простых и комплексных медицинских услуг (коды услуг с маской кода «XXXX», «XXXXX», «4XXXXX», «8XXXXX» - взрослые, с маской кода - «1XXXXX», «9XXXXX» - дети):

- при оплате за единицу объема - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение, включенных в приложение № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

- при оплате за счет средств подушевого финансирования медицинских услуг, включенных в приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

При оплате медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования оплата медицинской помощи осуществляется исходя из общего расчетного объема подушевого финансирования, результатов горизонтальных расчетов с другими медицинскими организациями, а также стоимости отдельных медицинских услуг, для которых применяется способ оплаты за единицу объема медицинской помощи.

При применении способа оплаты за единицу объема медицинской помощи - стоимость амбулаторно-поликлинической медицинской помощи рассчитывается как произведение тарифа услуги на количество оказанных услуг.

При применении способа оплаты медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования в реестре счетов регистрируются персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи, которые используются в целях формирования статистических данных. Указанные сведения не участвуют в расчете стоимости оказанной медицинской помощи.

Для лиц, не имеющих прикрепления по профилю «терапия / педиатрия» к медицинским организациям, осуществляющим деятельность в рамках подушевого норматива финансирования, подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием и медицинские услуги по описанию и интерпретации данных, медицинская помощь в травматологических пунктах.

Медицинская помощь, не требующая направления:

- по профилю «акушерство и гинекология» в женских консультациях;
- при проведении комплексного обследования в центрах здоровья, являющихся структурным подразделением медицинских организаций, и последующего оказания медицинских услуг зарегистрированным в центрах здоровья пациентам;
- по профилю «травматология и ортопедия» в травматологических пунктах (либо иных подразделениях медицинских организаций, выполняющих функции травматологических пунктов), являющихся структурными подразделениями медицинских организаций.

### **Основные принципы оплаты лабораторной диагностики:**

Оплата медицинских услуг по лабораторной диагностике, выполненных медицинскими организациями по поручению и для нужд других медицинских организаций, при направлении биологического материала многопрофильным стационаром производится на основании договоров, заключенных между

медицинскими организациями, за исключением оплаты медицинских услуг, оплачиваемых в рамках горизонтальных расчетов.

Медицинская услуга по лабораторной диагностике, имеющая длительный технологический срок исполнения, может быть предъявлена к оплате в течение 2 месяцев от даты смерти пациента, при условии прижизненного забора биологического материала. Дата направления на данное исследование не должна быть позднее даты регистрации смерти пациента.

#### **Основные принципы оплаты хирургических медицинских услуг:**

Перечень кодов медицинских услуг и оперативных вмешательств, оказываемых в амбулаторных условиях, установлен в блоке «Хирургические вмешательства и манипуляции» приложения № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению (далее – перечень услуг амбулаторной хирургии).

Оплата оперативных вмешательств из Раздела I перечня услуг амбулаторной хирургии в условиях дневного стационара, круглосуточного стационара и стационара кратковременного пребывания не осуществляется.

Оперативные вмешательства из Раздела II перечня услуг амбулаторной хирургии в условиях дневного стационара, круглосуточного стационара и стационара кратковременного пребывания оплате не подлежат и возможны к оказанию в составе комплексных медицинских услуг в соответствии с установленным перечнем комплексных медицинских услуг и при соблюдении критериев для их оплаты.

#### **Основные принципы оплаты медицинской помощи в рамках системы горизонтальных расчетов и межучрежденческих расчетов:**

Дополнительно к объему средств, рассчитанному по подушевому нормативу финансирования, медицинская организация получает финансовые средства за медицинские услуги, оказанные лицам, прикрепившимся к иной медицинской организации.

Объем средств, рассчитанный по подушевому нормативу финансирования, уменьшается в случае оказания прикрепившимся лицам медицинских услуг в иной медицинской организации.

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 № 2 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **2.1.2. Оплата медицинской помощи, оказанной поликлиниками:**

##### **Услуги приемов врачей-специалистов:**

Коды медицинских услуг первичных приемов врачей-специалистов применяются при учете первичного обращения пациента по поводу каждого нового случая заболевания, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учете, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный прием.

Коды медицинских услуг повторных приемов врачей-специалистов применяется для учета всех последующих обращений пациента в рамках одного случая заболевания.

Коды медицинских услуг диспансерных приемов врачей-специалистов применяется при учете диспансерного приема врачом пациента, состоящего на диспансерном наблюдении.

**Услуги по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения (ПРОФВ):**

Профилактический медицинский осмотр взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг «1949» - «1954», «801949» - «801954») и мужчин (коды услуг «1968» - «1973», «801968» - «801973»).

**Услуги по профилактическим медицинским осмотрам несовершеннолетних (ПРОФД):**

Первый этап медицинских осмотров несовершеннолетних учитывается комплексными услугами (коды услуг «101933» - «101945», «901933» - «901945», «101951», «901951»), разработанными для различных возрастных групп несовершеннолетних.

Второй этап медицинских осмотров несовершеннолетних учитывается кодами услуг «101028» / «901028», «101030» / «901030») при указании в реестре счета кода результата диспансеризации (проведен профилактический медицинский осмотр несовершеннолетнему).

**Услуги по диспансеризации определенных групп взрослого населения (ДД):**

Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения учитывается комплексными услугами, разработанными для различных возрастных групп женщин (коды услуг «1936» - «1948», «801936» - «801948») и мужчин (коды услуг «1955» - «1967», «801955» - «801967»).

Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения учитывается кодами услуг «1017» / «801017», «1807» / «801807») при указании в реестре счета кода результата диспансеризации (проведена диспансеризация определенных групп взрослого населения).

**Услуги по углубленной диспансеризации граждан:**

В соответствии с приказом Минздрава России от 01.07.2021 № 698н «Об утверждении Порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке» граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), проходят углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства в соответствии с перечнем исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации, установленным программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год и плановый период.

Углубленная диспансеризация также может быть проведена по инициативе гражданина, в отношении которого отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

Медицинская помощь, оказываемая в рамках I и II этапов углубленной диспансеризации граждан, перенесших заболевание новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), учитывается медицинскими услугами:

Код услуги	Наименование услуги	Перечень исследований/ критерии назначения
1975	I этап углубленной диспансеризации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое;</li> <li>- проведение спирометрии или спирографии;</li> <li>- общий (клинический) анализ крови развернутый;</li> <li>- биохимический анализ крови (включая: исследование уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови);</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки;</li> <li>- прием (осмотр) врачом-терапевтом (участковым врачом, врачом общей практики).</li> </ul>
1976	Тест с 6-минутной ходьбой, включенный в I этап углубленной диспансеризации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сатурация кислорода крови 95% и более и</li> <li>- наличие жалоб на одышку, отеки (впервые или повысилась их интенсивность).</li> </ul>
1977	Определение концентрации Д-димера в крови, включенное в I этап углубленной диспансеризации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в средней степени тяжести и выше.</li> </ul>
1978	Компьютерная томография легких и эхокардиография, включенные во II этап углубленной диспансеризации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сатурации в покое ниже 94% и ниже;</li> <li>- наличие показаний по результатам теста с 6-минутной ходьбой.</li> </ul>
1979	Дуплексное сканирование вен нижних конечностей, включенное во II этап углубленной диспансеризации	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие показаний по результатам определения концентрации Д-димера в крови.</li> </ul>

Медицинские услуги первого этапа углубленной диспансеризации («1975», «1976»), должны выполняться в рамках одной медицинской организации (юридического лица).

Медицинская услуга «1977» предъявляется к оплате медицинской организацией, имеющей лабораторию, непосредственно осуществившей определение концентрации Д-димера в крови по направлению медицинской организации, выполняющей комплексную услугу «1975».

По завершении первого этапа углубленной диспансеризации может быть сформировано направление на второй этап углубленной диспансеризации. Медицинские услуги в рамках второго этапа углубленной диспансеризации могут быть выполнены как в рамках этой же медицинской организации (юридического лица), так и в другой медицинской организации (другом юридическом лице) по направлению от медицинской организации, выполнившей первый этап.

**Услуги по диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации (ДС), а также диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство), в приемную или патронатную семью (ДУ):**

Первый этап диспансеризации детей-сирот учитывается комплексной услугой с кодом «101952» / «901952».

Второй этап диспансеризации детей-сирот учитывается кодами услуг «101003» / «901003»/ «101028» / «901028» / «101030» / «901030») при указании в реестре счета кода результата диспансеризации (проведен диспансеризация детей-сирот).

**Особенности оплаты медицинской помощи по поводу диспансерного наблюдения лица, страдающего хроническими заболеваниями:**

Комплексное посещение по диспансерному наблюдению учитывается с использованием комплексных медицинских услуг раздела «4XX» МГР, включенных в приложение № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Выбор кода комплексной медицинской услуги осуществляется в зависимости от нумерации посещения врача-специалиста (1 посещение, 2 посещение и т.д.) и хронической патологии:

<b>Заболевание</b>	<b>Код диагноза по МКБ-10</b>
Артериальная гипертония (АГ)	I10, I11, I11.0, I11.9, I12, I12.0, I12.9, I13, I13.0, I13.1, I13.2, I13.9, I15, I15.0, I15.1, I15.2, I15.8, I15.9
Гиперхолестеринемия (ГХС)	E78, E78.0, E78.2
Язвенная болезнь (ЯБЖ)	K25, K25.7, K25.9
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК)	K26, K26.7, K26.9
Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	J44, J44.0, J44.1, J44.8, J44.9
Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)	I60, I60.0, I60.1, I60.2, I60.3, I60.4, I60.5, I60.6, I60.7, I60.8, I60.9, I61, I61.0, I61.1, I61.2, I61.3, I61.4, I61.5, I61.6, I61.8, I61.9, I62, I62.0, I62.1, I62.9, I63, I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.6, I63.8, I63.9, I64, G45, G45.0, G45.1, G45.2, G45.3, G45.4, G45.8, G45.9, G46*, G46.0*, G46.1*, G46.2*, G46.3*, G46.4*, G46.5*, G46.6*, G46.7*, G46.8*
Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (Последствия ОНМК)	I69, I69.0, I69.1, I69.2, I69.3, I69.4, I69.8
Мерцательная аритмия (МА)	I48, I48.0, I48.1, I48.2, I48.3, I48.4, I48.9
Хроническая сердечная недостаточность (ХСН)	I50, I50.0, I50.1, I50.9
Инфаркт миокарда (ОИМ)	I20.0, I21, I21.0, I21.1, I21.2, I21.3, I21.4, I21.9, I22, I22.0,

	I22.1, I22.8, I22.9, I24, I24.0, I24.8, I24.9, I25.8
Ишемическая болезнь сердца (стабильная стенокардия) (ИБС)	I20.1, I20.8, I20.9, I25.0, I25.1, I25.2, I25.3, I25.4, I25.5, I25.6, I25.9
Сахарный диабет (СД2)	E11, E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

\* только в сочетании с кодами по МКБ-10: I60-I64.

Врач, осуществляющий диспансерное наблюдение, вправе выбрать номер комплексного посещения в зависимости от потребности в конкретных простых медицинских услугах, определенных Стандартом проактивного динамического наблюдения, утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 27.12.2022 № 1230 «О системе проведения проактивного диспансерного динамического наблюдения пациентов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы», по результатам диспансерного приема пациента. Обязательным условием является указание кода цели посещения «1.3» - «Диспансерное наблюдение».

Комплексное посещение по диспансерному наблюдению в части онкологических заболеваний складывается по единичным услугам, выполненным в рамках диспансерного наблюдения при выполнении стандартов наблюдения.

Комплексное посещение по проактивному динамическому наблюдению пациентов осуществляется в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы.

Единицей объема по диспансерному наблюдению при сахарном диабете является комплексное посещение.

#### **Особенности оплаты медицинской помощи по ведению школ для больных сахарным диабетом:**

Учет комплексных посещений в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется один раз за календарный год при условии соблюдения требований о количестве и продолжительности проведенных занятий:

для медицинской услуги с кодом «801833»/«1833» - «Комплексное посещение школы сахарного диабета (взрослые с СД 1 типа или 2 типа на инсулине)» - не менее 5 занятий продолжительностью по 4 часа;

для медицинской услуги с кодом «801834»/«1834» - «Комплексное посещение школы сахарного диабета (взрослые с СД 2 типа)» - не менее 4 занятия продолжительностью по 4 часа.

#### **Особенности оплаты инструментальной диагностики в поликлиниках, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы:**

##### Эзофагогастродуоденоскопия лечебно-диагностическая (в т.ч. с биопсией):

Все услуги эзофагогастродуоденоскопии лечебно-диагностической (в т.ч. с биопсией) (код услуги «21022») (далее – гастроскопия) подлежат учету в МГФОМС.

При формировании в системе ЕМИАС Талона амбулаторного пациента (далее – ТАП), связанного с проведением гастроскопии, в обязательном порядке заполняются поля «Цель назначения» и «Диагноз МКБ-10».

Оплата проведения гастроскопии осуществляется в случаях:

1. Назначение исследования соответствует критериям, установленным приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 28.12.2024 № 1277

«О порядке назначения и проведения эндоскопических исследований взрослым в амбулаторных условиях» (далее – критерии);

2. Назначение исследования не соответствует критериям, но в результате выполненного исследования выявлены язва/эрозия/ и/или новообразование.

### **2.1.3. Оплата медицинской помощи, оказанной в центрах здоровья:**

Учет диагностической помощи пациентам центра здоровья осуществляется поэтапно: первичное обращение (комплексное обследование в центре здоровья – коды «15001» / «115001» / «815001» / «915001») и последующие обращения данного пациента в этот центр в течение календарного года, начиная от месяца проведения комплексного обследования.

Комплексная услуга оплачивается один раз в течение года. МГФОМС и страховые медицинские организации ведут и контролируют список пациентов, которым проведено комплексное обследование.

### **2.1.4. Оплата медицинской помощи, оказанной консультативно-диагностическими отделениями стационаров (КДО):**

Оказание медицинской помощи в КДО осуществляется по направлению для получения плановой первичной медико-санитарной, в том числе первичной специализированной, медицинской помощи (консультативно-диагностической помощи), которая по объективным причинам не может быть оказана в медицинской организации по месту прикрепления пациента.

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

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

Оплата вне системы горизонтальных расчетов (за единицу объема медицинской помощи) осуществляется в случаях:

- консультации врача КДО для определения показаний к плановой госпитализации (для оперативного или терапевтического лечения);
- консультации врача КДО в целях установления окончательного диагноза;
- проведения диагностического исследования третьего уровня;
- госпитализации по решению, принятому стационаром, с назначенной датой госпитализации;
- повторной госпитализации с назначенной датой госпитализации.

Оплата в рамках системы горизонтальных расчетов осуществляется в случаях:

- консультации врача КДО для получения второго мнения;
- консультации врача КДО, когда поликлиника по месту прикрепления пациентов не имеет возможности оказать таким пациентам медицинскую услугу по основным специальностям врачей поликлиники;
- проведения диагностического исследования при невозможности его проведения в поликлинике по месту прикрепления пациентов в связи с отсутствием (неисправностью) оборудования.

Услуги врачей КДО/КДЦ, диагностических исследований по назначению врачей КДО/КДЦ, выполненных в течение 30 календарных дней

после госпитализации в КС или СКП не оплачиваются (при условии, если услуги относят к одному заболеванию по случаю госпитализации). Возмещение указанных услуг обеспечивается стационаром за счет комплексных медицинских услуг законченного случая госпитализации.

Все повторно назначенные услуги в срок действия результатов инструментальной диагностики не оплачиваются и определяются, как дублирующие.

Услуги по лабораторной диагностике, выполненные в централизованных клиничко-диагностических лабораториях лицам, прикрепленным к иным МО, оплачиваются в системе горизонтальных или межучрежденческих расчетов.

Дополнительно оплачивается медицинская помощь, оказанная лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

**Особенности оплаты диагностических исследований в консультативно-диагностических отделениях (центрах) медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению в стационарных условиях (КДО):**

Все исследования, проводимые в условиях КДО, в женских консультациях, центрах женского здоровья, центрах амбулаторной онкологической помощи, гематологических, ревматологических, нефрологических, аллергологических центрах компетенции (в том числе для детей), подлежат обязательному учету в МГФОМС.

Дублирующими исследованиями считаются аналогичные лабораторные и диагностические исследования, которые были проведены ранее в амбулаторных условиях. В электронной медицинской карте пациента обязательно должен быть указан результат аналогичных исследований, а также срок их давности. Проверка по отнесению исследований к дублирующим осуществляется на стороне ЕМИАС перед назначением исследования.

Перечень услуг лабораторной и инструментальной диагностики, проверяющихся на дублирование, а также сроки действия результатов этих исследований и критерии их оплаты установлены приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 29.10.2024 № 996/551 «О порядке учета при оплате отдельных диагностических исследований в консультативно-диагностических отделениях (центрах) медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы стационарного типа, оказывающих медицинскую помощь взрослому населению».

При назначении дублирующего исследования в интерфейсе врача отображается предупреждение о наличии дубля. Врач, принявший решение о назначении исследования после получения предупреждения, при необходимости заполняет поле «Обоснование назначения».

Факт наличия или отсутствия дублирования проведенной услуги фиксируется на стороне ЕМИАС. При подаче реестра счета на оплату формируется ТАП с одним из признаков: «оплата», «учет», «учет и оплата».

ТАП с признаком «оплата» формируются при отсутствии дублирования услуги, автоматически передаются в ПУМП и оплачиваются в полном объеме.

ТАП с признаком «учет» формируются при наличии дублирования услуги и автоматически передаются в ПУМП.

В течение 7 дней с момента получения информации о наличии дублирующего исследования оператор имеет возможность вернуть ТАП из ПУМП и изменить признак «учет» на признак «учет и оплата» с обязательным заполнением неструктурированного поля «Обоснование назначения» и направить ТАП повторно в ПУМП.

В случае, если в течение 7 дней после формирования ТАП оператор не вернул ТАП и не изменил признак «учет», ТАП не подлежит оплате.

ТАП с признаком «учет и оплата» в 100% случаев подлежит второму этапу медико-экономического контроля на предмет обоснованности оплаты дублирующего исследования. Второй этап МЭК проводится специалистами МГФОМС.

Диагностические исследования, назначенные ЦАОП, гематологическими центрами и Центрами женского здоровья/ женскими консультациями/ акушерскими КДО в связи с беременностью, проверке на наличие дублирующих медицинских услуг не подлежат.

**Особенности учета и оплаты медицинской помощи пациентам с хроническим вирусным гепатитом С:**

В Центре по лечению хронических вирусных гепатитов ГБУЗ «ИКБ №1 ДЗМ» (5110) проводятся консультации врачей-специалистов и все необходимые обследования. На основании результатов обследования принимается решение о направлении пациентов в дневной стационар для наблюдения и проведения противовирусной терапии.

С целью контроля состояния пациентов с хроническим вирусным гепатитом С при проведении противовирусной терапии (ПВТ ХВГ С), оценки её эффективности проводится дистанционный прием врачом-инфекционистом консультативно – диагностического отделения Центра по лечению хронических вирусных гепатитов ГБУЗ «ИКБ №1 ДЗМ» (5110) с применением телемедицинских технологий (код услуги «1684»).

При необходимости врач-инфекционист формирует назначения на лабораторные и инструментальные исследования, консультации врачей-специалистов с использованием функциональных возможностей ЕМИАС. Результаты дистанционного приема вносятся в медицинскую документацию пациента.

**2.1.5. Оплата медицинской помощи, оказанной центрами женского здоровья/женскими консультациями (ЖК):**

Первичная постановка на диспансерный учет по беременности осуществляется с использованием медицинской услуги «1980». Услуга «1980» регистрируется в счете пациентки один раз в рамках одного эпизода беременности.

Последующие посещения врача-акушера-гинеколога по поводу наблюдения за течением беременности до момента родоразрешения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1981».

Посещения врача-акушера-гинеколога в рамках послеродового наблюдения учитываются с использованием кода медицинской услуги «1982». Услуга «1982» может быть зарегистрирована в счете не ранее даты родоразрешения и не позднее 42 календарных дней с даты родоразрешения.

Консультация медицинским психологом учитывается с использованием кода медицинской услуги «1788».

**Оплата диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья:**

*Оценка репродуктивного здоровья женщин:*

Медицинская помощь, оказанная при оценке репродуктивного здоровья женщин, подлежит оплате с использованием комплексных медицинских услуг с кодами «1983» и «1984».

Медицинская помощь, оказанная при оценке репродуктивного здоровья женщин, также может учитываться отдельными медицинскими услугами:

Этап	Возраст	Код услуги*
I этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья	от 18 до 29 лет	«1441», «1442», «1445», «1447», «1727», «25329», «25330», «28330», «28334», «28326», «28368», «30112», «30114», «30121»**
I этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья	от 30 до 49 лет	«1441», «1442», «1445», «1447», «1727», «25329», «25330», «30112», «30114», «30121***», «28282***», «28284»-«28306***»
II этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья	от 18 до 29 лет	«40021», «40052», «1442»
II этап диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья	от 30 до 49 лет	«28330», «28334», «28326», «28368», «40021», «40052», «1442»

\* обязательное указание кода особого случая реестра счета «d».

\*\* один раз в три года.

\*\*\* один раз в пять лет.

*Оценка репродуктивного здоровья мужчин:*

Медицинская помощь, оказанная при оценке репродуктивного здоровья мужчин в возрасте от 18 до 49 лет, учитывается отдельными медицинскими услугами с кодами «1161», «1165», «1167». При этом указывается код особого случая реестра счетов «d». Перед приемом пациент заполняет анамнестическую анкету: при самозаписи на прием посредством сервисов ЕМИАС в электронном виде либо непосредственно перед приемом в электронном или бумажном виде. Врачом-специалистом проводится осмотр пациента, оценка данных анамнестической анкеты, жалоб и клинико-анамнестических данных.

По результатам оценки данных анамнестической анкеты и осмотра врача-уролога (или врача-хирурга, прошедшего подготовку по вопросам

репродуктивного здоровья у мужчин) при наличии показаний пациент направляется на второй этап по оценке репродуктивного здоровья в соответствии с приложением № 16 Территориальной программы.

**Особые условия оплаты медицинской помощи, связанной с беременностью и родами:**

Медицинские услуги, оказанные в период беременности по поводу заболеваний иных органов и систем (экстрагенитальная патология), такие как консультации врачей-специалистов (за исключением врачей акушеров-гинекологов), диагностические исследования, лечебно-профилактические мероприятия и др., оказываются по месту прикрепления пациентки. Учет и оплата медицинской помощи в данных случаях осуществляется на общих основаниях.

**Особенности оплаты медицинской помощи по ведению школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания:**

Учет посещений в части ведения школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания осуществляется по коду медицинской услуги «16006»- «Занятия в «Школе матерей».

При оплате ведения школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания учитывается не более трех комплексных посещений в год на одно застрахованное лицо.

**2.1.6. Оплата медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП):**

Код медицинской услуги «1191» - «прием врача-онколога лечебно-диагностический, первичный, амбулаторный» применяется при учете обращения пациента с впервые выявленным онкологическим заболеванием, а также обращения пациента, состоящего на диспансерном учете в ЦАОП, впервые в календарном году, обратившегося на врачебный прием.

Код медицинской услуги «1192» - «прием врача-онколога лечебно-диагностический, повторный, амбулаторный» применяется для учета всех последующих в течение года обращений пациента в период обследования и лечения пациента с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания, в том числе рецидиве, прогрессировании заболевания.

Код медицинской услуги «1195» - «прием врача-онколога диспансерный, амбулаторный» применяется при учете диспансерного приема врачом-онкологом пациента с подтвержденным диагнозом онкологического заболевания:

- в течение первого года – 1 раз в 3 мес.;
- в течение второго года – 1 раз в 6 мес.;
- в дальнейшем – 1 раз в год.

Сочетание кодов медицинских услуг «1191», «1192», «1195» в один день не допускается.

При учете приема врача-онколога, на котором верифицируется диагноз злокачественного новообразования, в форме ТАП подсистемы ПУМП АИС ОМС в обязательном порядке отмечается признак «Признак подтвержденного диагноза ЗНО».

Проведение онкологического консилиума учитывается с использованием медицинских услуг «1781» – «Онкологический консилиум (определение тактики

лечения)», «1782» – «Онкологический консилиум (изменение тактики лечения)», «1783» – «Онкологический консилиум (определение тактики обследования)», «101781» – «Онкологический консилиум».

Услуга «1781» - «Онкологический консилиум (определение тактики лечения)» подлежит учету и оплате на уникального пациента с уникальным кодом МКБ однократно.

Приемы врача-онколога (медицинские услуги с кодами «1191», «1192», «1195»), а также онкологические консилиумы (медицинские услуги с кодами «1781», «1782», «1783») подлежат оплате в случаях:

- при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;
- при их оказании застрахованному лицу в медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо не прикреплено по профилю «онкология», при наличии направления от медицинской организации, к которой данное застрахованное лицо прикреплено по профилю «онкология»;
- при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1195», в отсутствии верифицированного диагноза ЗНО (код диагноза основного заболевания НЕ из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»);
- при оказании медицинских услуг с кодами «1191», «1192», «1195», «1781», «1782», «1783» в медицинских организациях, НЕ подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, лицам, не имеющим прикрепления по профилю «онкология».

**Особенности оплаты медицинской помощи при наличии подозрения на злокачественное новообразование:**

При подозрении (наличии клинических, лабораторных и/или инструментальных данных, которые позволяют предположить наличие онкологического заболевания и/или не позволяют его исключить) у пациента онкологического заболевания, все медицинские услуги от приема / консультации врача-специалиста (в том числе, врача-терапевта / врача-педиатра / врача общей практики) или профилактического осмотра / диспансеризации при появлении подозрения на злокачественное новообразование до снятия подозрения на злокачественное новообразование врачом-онкологом / врачом-гематологом или верификации диагноза, включая диагностические медицинские услуги, в обязательном порядке маркируются значением признака «DS\_ONK» (Признак подозрения на злокачественное новообразование) = «1».

**Особенности оплаты медицинской помощи по проведению патоморфологических исследований лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы:**

Гистологические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические и молекулярно-генетические исследования лицам со злокачественными новообразованиями (код диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), получающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, учитываются с использованием кодов медицинских услуг раздела 29 МГР. Оплата указанных медицинских услуг, за исключением

услуг с кодами «29001» - «29003», осуществляется при их проведении в 5 медицинских организациях: ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ (2266), ГБУЗ «МГОБ № 62 ДЗМ» (5130), ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2346), ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ» (2082), ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078), при выполнении одного из следующих условий:

– медицинская услуга выполнена вне случая госпитализации, при наличии в хронологически более раннем периоде, составляющем 30 календарных дней, зарегистрированных для данного застрахованного лица медицинских услуг по забору биологического материала с кодами: «3069», «3103», «3104», «5034», «8044», «20003», «21004», «21012», «21022», «21027», «21033», «35410», «35411», «45410», «803069», «803103», «803104», «805034», «808044», «821004», «821012», «821027», «845410», «51157», «51203», «51354», «51355», «51454», «851454», «51551», «51552», «51651», «52006», «52118», «52360», «52404», «52407», «52408», «53207», «53361», «97159», «97160», «97161», «97162», «97163», «97164», «97165», или при наличии направления по форме 014/у от другой медицинской организации в соответствии с маршрутизацией исследуемого материала, утвержденной приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 16.03.2021 № 230 «Об организации централизованных патолого-анатомических отделений по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

– медицинская услуга оказана застрахованному лицу, получающему медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации и выполнении данной услуги в той же медицинской организации). При этом такая медицинская услуга подлежит оплате в случае проведения оперативного вмешательства в рамках данной госпитализации.

Оплата медицинской услуги с кодом «29005» осуществляется только при наличии кода диагноза основного заболевания из раздела «С» или рубрик «D00» - «D09», «D45» - «D47», указанного в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования.

При одномоментном указании в протоколе прижизненного патологоанатомического исследования услуг «29005» и «29024»/ «29006», количество услуги «29024» / «29006» не должно превышать количество услуги «29005».

**Правила регистрации медицинских услуг по верификации диагноза злокачественного новообразования в условиях ЦАОП, определению тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования в условиях ЦАОП, верификации диагноза злокачественного новообразования и определению тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования, проведенные одним врачом-онкологом в условиях ЦАОП:**

С учётом специфики оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в условиях ЦАОП лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, на этапе верификации диагноза злокачественного новообразования и последующем этапе определения тактики лечения дополнительно к оплате могут

быть предъявлены медицинские услуги: «1731» – «Верификация диагноза злокачественного новообразования в условиях ЦАОП», «1732» – «Определение тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования в условиях ЦАОП», «1733» - «Верификация диагноза злокачественного новообразования и определение тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования, проведенные одним врачом-онкологом в условиях ЦАОП».

Указанные коды медицинских услуг подлежат оплате при выполнении условий, установленных совместным приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 01.02.2024 № 61/60 «О проведении Пилотного проекта по реализации мероприятий по совершенствованию оказания медицинской помощи по профилю «онкология» в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в соответствии с клиентскими путями (схемами) ведения пациентов с подозрением на злокачественное новообразование», в том числе:

Код услуги	Наименование услуги	Условия оплаты	
1731	Верификация диагноза злокачественного новообразования в условиях ЦАОП	Верификация диагноза злокачественного новообразования (ЗНО)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- наличие в подсистеме «Технологическая программная платформа Анализ эпизодов медицинской помощи» АИС ОМС квалифицированного эпизода оказания медицинской помощи по профилю «онкология» по соответствующей локализации ЗНО, в котором подтверждено выполнение условий;</li> <li>- лицо застраховано по ОМС в городе Москве;</li> <li>- исполнитель медицинской: врач-онколог;</li> <li>- цель посещения: «1.0»;</li> <li>- диагноз основного заболевания: диагноз соответствующего эпизода по данным отчетной формы «Реестр эпизодов медицинской помощи»;</li> <li>- услуга при лечении ЗНО: «5»;</li> <li>- повод обращения (сведения о ЗНО): «6»;</li> <li>- сведения о консилиуме: «0»;</li> <li>- результат обращения: «304»;</li> <li>- характер основного заболевания: «1»;</li> <li>- исход заболевания: «304».</li> </ul>
1732	Определение тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования в условиях ЦАОП	Определение тактики лечения лица с диагнозом ЗНО	
1733	Верификация диагноза злокачественного новообразования и определение тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования, проведенные одним врачом-онкологом в условиях ЦАОП	Верификация диагноза ЗНО + определение тактики лечения лица с ЗНО при условии ведения лица одним лечащим врачом-онкологом	

Выставление к оплате кода медицинской услуги «1733» осуществляется в дополнение к медицинским услугам «1731» и «1732».

Медицинские услуги с кодами «1731», «1732», «1733» предъявляются к оплате в месяце, следующем за месяцем, в котором завершился этап определения тактики лечения пациента с диагнозом злокачественного новообразования. В качестве даты медицинской услуги используется первое число указанного месяца.

В целях корректного учета медицинских услуг с кодами «1731», «1732», «1733» медицинские организации, имеющие в своем составе ЦАОП, с 25 числа месяца, следующего за отчетным, самостоятельно выгружают из подсистемы «Технологическая программная платформа Анализ эпизодов медицинской помощи» АИС ОМС отчетную форму «Реестр эпизодов медицинской помощи». По данным указанной отчетной формы осуществляется регистрация услуг с кодами «1731», «1732», «1733» в подсистеме ПУМП АИС ОМС в форме «ТАП».

**Особенности учета медицинской помощи по профилям «онкология» и «гематология», оказываемой лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории другого субъекта Российской Федерации:**

Консультация врача-онколога / врача-гематолога в консультативно-диагностических отделениях медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы (далее – КДО МО СП), а также амбулаторно-поликлинических подразделениях медицинских организаций иных форм собственности, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС города Москвы, лиц со злокачественным новообразованием (диагнозы по МКБ-10 раздела «С» или рубрик «D00»-«D09», или «D45»-«D47»), застрахованных по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, подлежит оплате при наличии направления по форме 057/у-04, полученного по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования.

Если по результатам консультации врача-онколога / врача-гематолога пациенту требуется проведение дополнительных методов обследования и (или) проведение онкологического консилиума новое направление на консультацию (форма 057/у-04) не требуется. В счете медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на консультацию врача-онколога / врача-гематолога, выданного медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы ОМС субъекта РФ, в котором зарегистрирован полис ОМС.

Лицам, застрахованным по ОМС на территории другого субъекта Российской Федерации, лабораторные и инструментальные исследования без первичного осмотра и назначения врача-онколога / врача-гематолога оплате не подлежат.

Указанные нормы распространяются также на проведение онкологического консилиума.

### **2.1.7. Оплата медицинской помощи, оказанной центрами амбулаторной реабилитации (ЦАР):**

Обращения при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» (комплексные посещения) формируются по следующему принципу:

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи взрослому населению является факт регистрации в счете медицинской услуги «1787» – «Комплексное посещение по медицинской реабилитации»;

– одним обращением по медицинской реабилитации при оказании данного вида медицинской помощи детскому населению являются все медицинские услуги АПП, оказанные одному застрахованному лицу в одной медицинской организации в течение 45 календарных дней от даты первичного приема врача-терапевта (врача-педиатра), врача-пульмонолога, врача-кардиолога (врача-детского кардиолога), врача-травматолога-ортопеда, врача-невролога. При этом как услуга первичного приема, так и все остальные услуги должны иметь один диагноз основного заболевания с точностью до рубрики (по маске «XXX»). Минимальный состав обращения составляет: услуга первичного приема врача-специалиста + услуга первичного приема физиотерапевта или врача по спортивной медицине + услуги по проведению физиотерапии в количестве не менее 5 штук.

### **2.1.8. Оплата офтальмологической медицинской помощи:**

Оплата случаев проведения диагностических процедур:

- Регистрация зрительных вызванных потенциалов коры головного мозга (код медицинской услуги «122696»);

- Спектральная оптическая когерентная томография с функцией ангиографии (код медицинской услуги «135639»);

- Ультразвуковое А-сканирование (код медицинской услуги «140126»);

- Ультразвуковое В-сканирование (код медицинской услуги «140127»);

- Регистрация электроретинограммы (код медицинской услуги «122697»).

осуществляется только при их проведении в КДО ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872) и ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» (1871).

### **2.1.9. Оплата медицинской помощи в Центрах лечения боли:**

Оплата медицинской услуги с кодом «1734» осуществляется за медицинскую помощь, оказанную в Центрах лечения боли, открытых на базе:

ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (2778),

ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ» (2286),

ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ» (2082),

ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ» (4500),

ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078),

ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2346),

ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ (2266),

ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» (2290).

**2.1.10. Особенности учета и оплаты медицинской помощи, оказываемой детям в Центрах лечения (центры лечения гастроэнтерологических заболеваний у детей, центры лечения кардиологических заболеваний у детей, центры детской кардиохирургии):**

«Оказание и оплата консультаций, лечебно-диагностических дистанционных приемов врачей-специалистов в центрах лечения детей с кодами медицинских услуг «101671»-«101673», «101782»-«101796», «101808» осуществляется только в медицинских организациях:

- ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872),
- ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» (1874),
- ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» (1871).

**2.1.11. Особенности учета и оплаты медицинской помощи, оказываемой детям в Центрах ранней помощи детям:**

Оказание и оплата консультаций в Центрах ранней помощи детям осуществляется в медицинских организациях:

- ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872),
- ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» (1874),
- ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» (1871),
- ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078).

**2.1.12. Оплата медицинской помощи по профилю «Стоматология»:**

Оплата стоматологической помощи детям осуществляется с применением кодов медицинских услуг:

- раздела «109» / «909» МГР (для учета медицинской помощи, оказанной врачом-стоматологом).

- раздела «146» МГР (для учета медицинской помощи, оказанной врачом анестезиологом-реаниматологом). Услуги 146 раздела МГР, оказанные указанными медицинскими организациями, оплачиваются вне системы горизонтальных расчетов.

- «109634» (санация полости рта) при условии соблюдения требований приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 08.09.2021 № 855 «Об утверждении Регламента оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями в городе Москве».

Медицинская услуга «109634» подлежит оплате за единицу объема медицинской помощи.

Оплата стоматологической помощи, оказанной детям в амбулаторных условиях с применением анестезиологического пособия, и медицинская услуга «109634» осуществляется в:

- ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» (1874),
- ГБУЗ «НПЦ спец.мед.помощи детям ДЗМ» (1909),
- ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872).

При оказании плановой помощи, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, оплата медицинской помощи производится при наличии направления выбранной медицинской организации.

Для лиц, не имеющих прикрепления по профилю «стоматология», подлежит оплате первичный лечебно-диагностический прием в амбулаторных условиях или на дому.

### 2.1.13. Особенности оплаты медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий:

Оплата медицинской помощи с использованием телемедицинских технологий осуществляется с применением кодов медицинских услуг:

Код услуги	Описание услуги
«1669»/«101669», «1670»/«101670», «801669»/«901669», «801670»/«901670»	Описание исследований по лучевой диагностике в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий
«1610» / «801610» – для взрослого населения;  «101610»/ «901610» - лицам в возрасте от 6 до 17 лет включительно.	Консультация пациентов, состояние которых позволяет наблюдаться на дому, с диагнозом: - новая коронавирусная инфекция COVID-19, - острая респираторная вирусная инфекция (диагноз основного заболевания из рубрики «J02», «J04», «J06») (признаки или наличие заболевания) - грипп (диагноз основного заболевания из рубрики «J09»-«J11»), - внебольничная пневмония (диагноз основного заболевания из рубрики «J12»-«J18»). При возможности подтверждения диагноза по результатам консультации дистанционным способом (с применением телемедицинских технологий: аудиозвонка или видеозвонка с оформлением записи в медицинской документации).
«1620» – «1621», «1665» – «1668», «801621», «801665» – «801668» – для взрослого населения;  «101618» – «101620», «101667», «901618», «901619» – для детского населения.	Консультация врачом-специалистом в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий
«1623» – «1664», «1671» – «1679», «1684», «1685» «801623» – «801664», «801671» – «801679» – для взрослого населения;  «101630», «101635», «101642», «101671»- «101674», «901630», «901635», «901642» – для детского населения.	Прием врачом-специалистом (фельдшером) в дистанционном режиме с использованием телемедицинских технологий

#### **2.1.14. Правила учета результатов лабораторной диагностики COVID-19:**

ПЦР диагностика COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28241» / «128241», «828241» / «928241».

Проведение ИФА исследований в целях определения титров антител к COVID-19 учитывается кодами медицинских услуг «28165» и «128165».

#### **2.1.15. Оплата медицинской помощи в федеральных медицинских организациях:**

По завершении плановой госпитализации пациента, прошедшего предварительное обследование в рамках той же МО, к оплате предъявляется комплексная медицинская услуга «1974» / «101974» - «Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации».

При проведении лабораторной и инструментальной диагностики в целях подготовки пациентов, застрахованных в городе Москве, к плановой госпитализации в МО, подведомственные федеральным органам власти, в поликлинических / консультационно-диагностических отделениях указанных МО оказанная медицинская помощь учитывается с использованием соответствующих кодов «простых» медицинских услуг и предъявляется к оплате в составе счета за медицинскую помощь, оказанную в соответствующем отчетном периоде.

Медицинская услуга «1974» / «101974» регистрируется в счете МО, подведомственных федеральным органам власти, за тот же отчетный период и на ту же дату, что и заверченный случай плановой госпитализации.

В случаях поступления пациента в МО, подведомственные федеральным органам власти, по экстренному каналу госпитализации медицинская услуга «1974» / «101974» в состав счета не включается и оплате не подлежит.

#### **2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:**

**При оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, применяются следующие способы оплаты:**

- за законченный случай или прерванный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний;
- за законченный случай при оказании высокотехнологичной медицинской помощи;
- за проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой за оказание высокотехнологичной медицинской помощи).

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, при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с дневного стационара на круглосуточный стационар, оказании медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по

объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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.

### **2.2.1. Общие принципы оплаты:**

Стоимость лечения в отделении дневного стационара рассчитывается с учетом тарифа на законченный (прерванный) случай госпитализации, за исключением:

- «97008», «97009», «97010», «197010», «197011», стоимость которых рассчитывается как произведение тарифа на количество услуг (процедур), оказанных в условиях дневного стационара.

Прерванный случай госпитализации в дневном стационаре оплачивается исходя из количества пациенто-дней, фактически проведенных пациентом в отделении дневного стационара. Стоимость одного пациенто-дня приведена в справочнике «tarimi» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по пациенто-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги.

Услуги дневного стационара включены в приложение № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению (коды медицинских услуг раздела «97» (взрослые)/ «197» МГР (дети)).

#### **2.2.1.1. Особенности оплаты высокотехнологичной медицинской помощи:**

Комплексные медицинские услуги для учета высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП), оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включены в приложение № 7.3 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «297» МГР.

Единицей учета ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях дневного стационара, включающий один метод лечения. В рамках одной госпитализации осуществляется учет только одной единицы ВМП.

При этом учет случая оказания ВМП в подсистеме ПУМП АИС ОМС для дневного стационара ведется в соответствии с общими правилами учета медицинской помощи, в части регистрации отдельных движений по отделениям, соответствующих периодам фактического посещения пациентом дневного стационара.

Случаи оказания медицинской помощи могут учитываться как ВМП только при соблюдении следующих условий:

- соответствие наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения, метода лечения и профиля медицинской помощи аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов ВМП, включенном в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания

гражданам медицинской помощи в городе Москве (далее – Перечень ВМП). В случае смерти пациента, получившего ВМП, наступившей в отделении реанимации, допускается указание в счете профиля медицинской помощи «реанимация» (в фасетном коде отделения); при этом в качестве лечащего врача указываются данные врача хирургической специальности, выполнившего оперативное вмешательство;

- использованный метод лечения включает все технологии, установленные для данного вида ВМП Перечнем ВМП;

- при оказании медицинской помощи не использовались лекарственные средства и медицинские изделия, приобретенные пациентом или его представителями за счет личных средств;

- случай оказания ВМП учтен в специализированной информационной системе в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, порядках их заполнения и сроках представления»;

- соответствие метода ВМП дополнительному критерию «код основной операции» или «код манипуляции», включенному в справочник «mscrit» пакета НСИ АИС ОМС.

В случае, если хотя бы одно из вышеуказанных условий не выполнено, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему коду комплексной медицинской услуги исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий.

#### **2.2.1.2. Особенности оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования:**

Комплексные медицинские услуги для учета ВМП, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях дневного стационара, включены в приложение № 7.4 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «397» МГР.

Обязательным условием для оплаты данных случаев медицинской помощи, является наличие направления на стационарное лечение с применением данных методов (форма 057/у-04), указанное в информационной системе учета медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС). Обоснованность применения данных методов должна быть подтверждена протоколом врачебной комиссии медицинской организации-исполнителя услуги.

### **2.2.2. Оплата медицинской помощи по профилю «Онкология» (ЦАОП):**

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47», а также «D32», «D33» (только для профиля «детская онкология»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг по профилю «Онкология» (коды услуг «97004», «97014», «97018», «97107», «97144» – «97158», «97166» – «97187») осуществляется при наличии у застрахованного лица прикрепления по профилю «Онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «Онкология».

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического лечения или лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведенного онкологического консилиума на котором была определена тактика лечения.

#### **Особенности оплаты медицинской помощи при лучевой терапии:**

Учет лучевой терапии, проведенной в дневном стационаре, учитывается кодами медицинских услуг «97014», «97018», «197014» – «197016».

#### **Особенности оплаты медицинской помощи при химиотерапевтическом лечении:**

В случаях назначения противоопухолевой химиотерапии сведения обо всех противоопухолевых препаратах, использованных при оказании медицинской помощи, вносятся в соответствующие поля автоматизированной информационной системы ЕМИАС, предназначенные для учета химиопрепаратов.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, в дополнение к коду медицинской услуги подлежат оплате лекарственные препараты, включенные в приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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

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

#### **Особенности оплаты проведения гормонотерапии:**

Случаи проведения гормонотерапии подлежат оплате при соответствии следующим критериям:

Код МС	Наименование МС	Соответствие схемы лечения				Контроль оплаты
		Код диагноза по МКБ-10	Количество во пациенто-дней	МНН лекарственного препарата.* <u>Один из:</u>	Дозировка	
1	2	3	4	5	6	7
97218	Гормонотерапия (схема лечения - 1 раз в 6 месяцев)	С61	1 пациенто-день	Лейпрорелин	45 мг	Кратности использования - не чаще, чем 1 раз в 180 дней
				Трипторелин	22,5 мг	
97219	Гормонотерапия (схема лечения - 1 раз в 3 месяца) или гормонотерапия в сочетании с остеомодифицирующей терапией	С61	1 пациенто-день	Лейпрорелин	22,5 мг	Кратности использования - не чаще, чем 1 раз в 90 дней
				Трипторелин	11,25 мг	
				Гозерелин	10,8 мг	
97220	Гормонотерапия (схема лечения - 1 раз в месяц) или гормонотерапия в сочетании с остеомодифицирующей терапией	Любой, кроме С61	1 пациенто-день	Бусерелин	3,75 мг	Кратности использования - не чаще, чем 1 раз в 28 дней
				Гозерелин	3,6 мг	
				Лейпрорелин	3,75 мг	
				Лейпрорелин	7,5 мг	
				Трипторелин	3,75 мг	
		С61	1 пациенто-день	Дегареликс	80 мг	
	240 мг					
97221	Остеомодифицирующая терапия	Любой	1 пациенто-день	Деносумаб	120 мг	Уровень кальция в крови >2,5
				Золедроновая кислота**	Не более 4 мг	Наличие костных метастазов в описании КТ или МРТ или скинтиграфии (поле заключение)

\* Использование иных кодов медицинских услуг для оплаты вышеуказанных лекарственных препаратов не допускается, за исключением случаев проведения противоопухолевого лечения в сочетании с лекарственными препаратами, включенными в перечень, определенный Департаментом здравоохранения города Москвы.

\*\* Лекарственный препарат «Золедроновая кислота» может быть применен при проведении гормонотерапии (коды услуг «97218»-«97220»).

В случаях проведения остеомодифицирующей и/или гормонотерапии вносятся сведения об использованном при лечении лекарственном препарате,

включенном в приложение № 10.4 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемом в дополнение к тарифу на медицинские услуги «97218»-«97221».

**Особенности оплаты медицинской помощи при сочетании лучевой терапии и химиотерапевтического лечения:**

Лицам, застрахованным по ОМС в городе Москве, нуждающимся в одновременном предоставлении специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи, медицинская помощь оказывается:

- в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872) («197» раздела МГР);
- в АО «ЕМЦ» (5044) (услуги «197» и «397» разделов МГР).

**Особенности оплаты сопутствующих медицинских услуг:**

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «97» / «197» МГР используются коды: «36022» / «136022», «36023» / «136023», «36024» / «136024».

В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях дневного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «197» МГР используется код «101781».

**2.2.3. Правила оплаты эндоскопических исследований:**

При оказании медицинской помощи в эндоскопических центрах используются коды медицинских услуг «97028», «97029», «97159» – «97164», «197159» - «197162», «197164», оказывающиеся в течение одного дня.

Оплата медицинской помощи, оказанной в эндоскопических центрах, осуществляется при наличии оформленного направления.

**2.2.4. Оплата медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (ЖК):**

Учет медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» ведется в случаях:

- проведения глюкозотолерантного теста (код медицинской услуги «97005»). Оказывается в дневном стационаре при родильном доме/дневном стационаре женской консультации/Центрах женского здоровья в течение одного дня;
- оказания медицинской помощи беременным женщинам (код медицинской услуги «97189»);
- прерывания беременности медикаментозным способом (код медицинской услуги «97192»).

**Особенности учета медицинской помощи при экстракорпоральном оплодотворении:**

Выписной эпикриз ВРТ формируется по итогам завершения базовой программы ЭКО или переноса криоконсервированного эмбриона, а также в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения, преждевременной выписке пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, смерти пациента.

Выписной эпикриз ВРТ при оказании медицинской помощи в рамках лечения бесплодия оформляется с использованием функционала продукта «Система ЭКО» с ролью «Сотрудник пМУ (ЭКО)».

Медицинская помощь в рамках базовой программы ЭКО или переноса криоконсервированного эмбриона за истекший календарный год подлежит оплате в полном объеме, в том числе в новом календарном году, ввиду необходимости формирования выписного эпикриза ВРТ по результатам бета-ХГЧ и УЗИ органов малого таза (максимально до 42 дней после переноса эмбриона).

При вводе информации в подсистему ПУМП АИС ОМС (число дней, проведенных пациентом в дневном стационаре) не подлежат отдельному учету медицинские услуги (процедуры и манипуляции), оказанные пациенту в период лечения по данному заболеванию. Отдельному учету и оплате не подлежат простые медицинские услуги «97196», «97197», «97198», «97199», «97202», «97203», входящие в состав комплексных медицинских услуг.

Критерии оплаты кодов медицинских услуг, связанных с экстракорпоральным оплодотворением:

Этап ВРТ	Код услуги	Критерий завершения и оплаты
Полный цикл ЭКО	97206	получение результата исследования уровня бета-ХГЧ
		при уровне бета-ХГЧ 5 мМЕ/мл и более - оцифрованный протокол УЗИ органов малого таза о наличии плодного яйца в полости матки
	97210	получение результата исследования уровня бета-ХГЧ
		при уровне бета-ХГЧ 5 мМЕ/мл и более - оцифрованный протокол УЗИ органов малого таза о наличии плодного яйца в полости матки
Криоконсервация ооцитов	97201	наличие строгих обоснований и наличие протокола ВК в случае: сохранение фертильности онкологических больных перед химио- и лучевой терапией, а также в случае соматических заболеваний у женщин до 40 лет, имеющих противопоказания для стимуляции яичников, до начала цитостатической терапии в том числе: системные заболевания соединительной ткани и системные васкулиты до начала цитостатической терапии, рефрактерное течение ревматического заболевания с невозможностью отмены специализированной терапии, рассеянный склероз с невозможностью отмены специализированной терапии
		дополнительно к основной комплексной медицинской услуге «97204»
		не более 3 услуг
Криоконсервация эмбрионов	97200	наличие показаний
		дополнительно к основным комплексным медицинским услугам «97205», «97206», «97207»
		не более 3 услуг

Оказание и оплата медицинской помощи с кодами «97207», «97208», «97209», «97211», «97201» осуществляется строго в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 09.09.2024 № 779 «О реализации проекта по сохранению репродуктивного здоровья жителей города Москвы».

Медицинская услуга с кодом «97211» подлежит отдельному учету и оплате взамен медицинской услуги с кодом «97207» в случаях, когда в результате трансвагинальной пункции яичников не получено ооцитов.

Выписной эпикриз ВРТ при оказании медицинской помощи в рамках проекта по сохранению репродуктивного здоровья жителей города Москвы формируется с использованием функционала продукта «КПИ.Оператор.СЭМД» с ролью «Оператор эпикризов отделения ВРТ».

#### **Особенности оплаты проведения преимплантационного генетического тестирования:**

За счет средств ОМС оплачивается проведение преимплантационного генетического тестирования эмбриона на моногенные заболевания (ПГТ-М) и на структурные хромосомные перестройки (ПГТ-СП) в условиях дневного стационара (коды медицинских услуг «97084», «97085», «97087», «97088», «97090», «97091») в соответствии с приложением № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

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, оплачивается проведение преимплантационного генетического исследования на анеуплоидии (ПГТ-А) (коды медицинских услуг «97083», «97086», «97089») в соответствии с приложением № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **2.2.5. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация» (ЦАР):**

При проведении медицинской реабилитации в условиях дневного стационара в целях учета используются коды комплексных медицинских услуг «97193», «97194», «97195».

#### **2.2.6. Оплата медицинской помощи по профилю «Гастроэнтерология» (детское население):**

Оказание и оплата медицинской помощи с кодом «197166» – «Генно-инженерная биологическая терапия в условиях дневного стационара гастроэнтерологического профиля» осуществляется только в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872).

Оказание и оплата медицинской помощи с кодом «197165» – «Дневной стационар гастроэнтерологического профиля» осуществляется только в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» (1874).

Указанные медицинские услуги учитываются и оплачиваются как законченный случай лечения, состоящий из 1 пациенто-дня, с возможностью оплаты (по одному и тому же пациенту) за оказанную медицинскую помощь:

– «Дневной стационар гастроэнтерологического профиля» – не чаще 4-х раз за период 30 календарных дней;

– «Генно-инженерная биологическая терапия в условиях дневного стационара гастроэнтерологического профиля» – не чаще 1 раза за период 28 календарных дней.

#### **2.2.7. Оплата медицинской помощи в Центрах лечения боли:**

Оплата медицинских услуг с кодами «97216», «97217» осуществляется за медицинскую помощь, оказанную в Центрах лечения боли, открытых на базе:

ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (2778),  
 ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ» (2286),  
 ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ» (2082),  
 ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ» (4500),  
 ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078),  
 ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2346),  
 ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ (2266),  
 ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» (2290).

#### **2.2.8. Особенности оплаты медицинской помощи больным с гепатитом С:**

Госпитализация пациентов с хроническим вирусным гепатитом С, нуждающихся в наблюдении и проведении терапии в условиях дневного стационара с назначением противовирусной терапии, осуществляется по направлению врача-инфекциониста Центра по лечению хронических вирусных гепатитов ГБУЗ «ИКБ №1 ДЗМ» (5110).

Указанные случаи учитываются с использованием кода медицинской услуги «97223» - «Хронический вирусный гепатит С (дневной стационар) (базовый тариф)».

В случаях назначения противовирусной лекарственной терапии больным с вирусным гепатитом С вносятся сведения об использованных при лечении противовирусных препаратах, включенных в приложение № 10.5 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

Через 12 недель после окончания противовирусной терапии проводится оценка наличия устойчивого вирусологического ответа и принимается решение о снятии с диспансерного наблюдения или необходимости повторного лечения при недостижении устойчивого вирусологического ответа.

Указанные случаи учитываются с использованием кода медицинской услуги «97224» - «Хронический вирусный гепатит С (дневной стационар) (оценка после окончания противовирусной терапии)».

#### **2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара.**

**При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), применяются следующие способы оплаты:**

- за законченный случай лечения (в том числе при завершении продолжительности лечения до трех дней) или прерванный случай лечения

заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе в сочетании с оплатой за оказание заместительной почечной терапии;

- за законченный случай лечения при оказании высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе в сочетании с оплатой за проведение заместительной почечной терапии.

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, при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменении условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар, оказании медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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.

### **2.3.1. Общие принципы оплаты:**

Стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (за исключением ВМП) рассчитывается с учетом тарифа на законченный случай госпитализации.

Законченный случай госпитализации оплачивается по полной стоимости тарифа комплексной медицинской услуги. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается.

Прерванный случай госпитализации оплачивается исходя из количества койко-дней, проведенных пациентом в отделении стационара. Стоимость одного койко-дня приведена в справочнике «tarimu» пакета НСИ АИС ОМС. Максимальная стоимость оплаты комплексной медицинской услуги по койко-дням не может превышать тарифа на законченный случай, установленного для данной услуги (за исключением услуги «83050», не имеющей предельной длительности).

Учет медицинской помощи, оказанной в круглосуточном стационаре, осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, указанных в приложении № 8.1 к настоящему Тарифному соглашению (коды услуг с маской кода «XXXXX» - взрослые, с маской кода - «1XXXXX» - дети).

Учет и оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе кратковременного пребывания, осуществляется по комплексным медицинским услугам с учетом основных критериев:

- профиль медицинской помощи;
- код диагноза по МКБ-10;
- профиль койки.

Перечень основных критериев для медицинских услуг круглосуточного стационара включен в справочник «profms» пакета НСИ АИС ОМС.

Медицинская помощь, оказанная в отделениях хирургического профиля, оплачивается по комплексным медицинским услугам с учетом основных и дополнительных критериев по правилам, изложенным в пункте 2.3.1.1 «Оплата хирургической медицинской помощи».

Для отдельных кодов медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, подведомственными Департаменту здравоохранения города Москвы, оплата осуществляется при прохождении контроля на соблюдение клинических критериев. Клинические критерии установлены приложением № 9.3 к настоящему Тарифному соглашению.

Правила проведения контроля на соблюдение клинических критериев установлены пунктом 4.4.2 настоящего Тарифного соглашения.

Клинические критерии оплаты учитывают дифференциацию в зависимости от формы оказания стационарной медицинской помощи (круглосуточный стационар/ стационар кратковременного пребывания). Перечень смежных кодов медицинских услуг для медицинской помощи, условие оказания которой определяется в зависимости от клинических критериев, установлен приложением № 9.4 к настоящему Тарифному соглашению.

Коды услуг, используемые для учета медицинской помощи, должны соответствовать профилю медицинской помощи, оказанной пациенту в рамках действующей лицензии. Профиль отделения, профиль койки, специальность лечащего врача, специальность врача, выполнившего оперативное вмешательство и др. должны соответствовать порядкам оказания медицинской помощи и иным нормативным актам, утвержденным федеральным органом исполнительной власти в сфере охраны здоровья.

При отсутствии данных по соотнесению кода заболевания, послужившего причиной госпитализации, коду медицинской услуги решение о выборе кода медицинских услуг, планируемого использовать при учете оказанной медицинской помощи, принимается врачебной комиссией медицинской организации с обязательным представлением протокола по установленной форме. При формировании счета указывается код «особый случай реестра счетов», равный «1».

При выбытии пациента из отделения указывается код законченного (прерванного) случая.

Допускается использование кода законченного случая госпитализации «0» с услугой «66212» в случае смерти пациента.

Диагноз, установленный по окончании стационарного лечения, указывается в выписном эпикризе и включается в счет на пациента.

Профиль медицинской помощи для госпитализации пациента, в процессе которой оказано более одного медицинского стандарта, определяется по профилю медицинского стандарта, имеющего код законченного или прерванного случая госпитализации, за исключением внутреннего перевода (код прерванного случая «7»).

При получении после выписки пациента результатов исследований (гистологического, цитологического и др.), назначенных пациенту в период лечения в стационаре, свидетельствующих о наличии у пациента заболевания, не диагностированного ранее (например, злокачественного новообразования), сведения о наличии данного заболевания доводятся до пациента, а при невозможности – до медицинской организации по месту его прикрепления (включая медицинские организации других субъектов Российской Федерации); в истории болезни пациента сохраняются копии исследований, указывается дата направления результатов в поликлинику прикрепления или дата передачи результатов исследований пациенту.

В случаях, когда по результатам исследований требуется повторная госпитализация в медицинскую организацию, из которой пациент выписан, пациенту должно быть оформлено направление с указанием даты повторной госпитализации. Копия направления остается в истории болезни.

Медицинская помощь, оказанная в КДО/КДЦ медицинской организации, осуществившей госпитализацию пациента в круглосуточный стационар, в связи с тем же заболеванием на протяжении 30 календарных дней после выписки, оплате не подлежит.

#### **2.3.1.1. Оплата хирургической медицинской помощи:**

Тариф законченного случая медицинской помощи, оказанной в отделении хирургического профиля, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29.01.1999 № 28, включает проведение пациенту необходимых оперативных вмешательств.

Перечень необходимых операций/манипуляций для каждого кода медицинской услуги хирургического профиля установлен справочником «mscrit» пакета НСИ АИС ОМС.

Оплата медицинской помощи по хирургическим профилям осуществляется при обязательном соответствии комплексной медицинской услуги круглосуточного/кратковременного стационара дополнительному критерию «код основной операции» или «код манипуляции».

Перечень дополнительных критериев «код основной операции»/ «код манипуляции» для медицинских услуг круглосуточного стационара, в том числе кратковременного пребывания, включен в справочник «mscrit» пакета НСИ АИС ОМС.

При отсутствии в справочнике «mscrit» пакета НСИ АИС ОМС наличия дополнительного критерия «код основной операции»/ «код манипуляции» проверка соответствия осуществляется только по основным критериям.

Проверка дополнительного критерия «специальность врача» осуществляется для всех кодов услуг по профилю «Хирургия».

Для отдельных кодов медицинских услуг по профилю «Хирургия» осуществляется проверка дополнительного критерия «анестезиологическое пособие» (коды медицинских услуг «72440», «72250», «72253», «72252», «72016», «72180», «72480», «72450», «72506», «72507», «72508», «72509», «72510», «72511», «72512», «72513», «72514»).

При поступлении пациента в отделение хирургического профиля по экстренному каналу госпитализации, в процессе лечения которого предусмотрено проведение операции/манипуляции, и такая операция/манипуляция не была проведена, случай подлежит учету и оплате в рамках диагностического МС хирургического профиля вне зависимости от длительности госпитализации.

Экстренные случаи госпитализации, учтенные с использованием кодов медицинских услуг «68030», «68050», «68090», «68180», «73110», «73150», «73180», «79002», «79010», «79020», «79040», «79060», «79061», «79070», «79080», «79090», «79100», «79110», «79120», «79122», «79300», «79320», «79330», «82001», «82003», «82024», «85008», «85051», «85060», «85081», «86010», в процессе которых предусмотрено проведение операции/манипуляции, и такая операция/манипуляция не была проведена, могут быть оплачены с использованием кода прерванного случая госпитализации «9». Иные прерванные случаи по вышеуказанным кодам медицинских услуг оплачиваются по общим принципам (с применением кода прерванного случая, соответствующего причине прерванности).

Оплата плановых случаев госпитализации, в процессе которых не была проведена операция/манипуляция, по кодам медицинских услуг хирургических профилей не осуществляется, за исключением кодов медицинских услуг «79002», «82003», «86010», которые могут быть оплачены с использованием кода прерванного случая госпитализации «9».

Сведения об оперативном вмешательстве или медицинской манипуляции, проведенной пациенту, учитываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС с использованием Номенклатуры медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13.10.2017 № 804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг».

В случае, когда помимо оперативного вмешательства или медицинской манипуляции по поводу основного заболевания, предъявленного к оплате, пациенту в период одной госпитализации проводятся иные оперативные вмешательства по поводу сопутствующих и (или) конкурентных заболеваний, учет данных вмешательств осуществляется по общим правилам.

### **2.3.1.2. Особенности учета и оплаты медицинской помощи, оказанной в отделениях стационара кратковременного пребывания (СКП):**

Пилотный проект по организации оказания хирургической медицинской помощи в рамках СКП осуществляется в целях минимизации срока пребывания пациента в условиях круглосуточного стационара путем совершенствования организационных процессов (обеспечение преемственности на этапе диагностики, отбора пациентов для направления в СКП, выбора оптимального метода хирургического лечения, направления на долечивание и реабилитацию в амбулаторных условиях), включая информационное обеспечение как для организации оптимальной маршрутизации пациентов, так и для учета оказанной медицинской помощи.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется в течение 24 часов с момента госпитализации пациента в СКП, в соответствии с показаниями.

Оказание медицинской помощи в СКП осуществляется лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы или на территориях других субъектов Российской Федерации, в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 28.04.2016 № 373/134 «О проведении пилотного проекта по организации стационаров кратковременного пребывания».

Учет медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется с использованием кодов комплексных медицинских услуг, приведенных в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Оплата медицинской помощи, оказанной в СКП, осуществляется в случае проведения оперативного вмешательства. При этом применяемый для учета данного вида медицинской помощи код комплексной медицинской услуги должен соответствовать диагнозу основного заболевания пациента и коду проведенного оперативного вмешательства. Указанные соответствия приведены в справочнике «reeskr» пакета НСИ АИС ОМС.

Регистрация медицинской помощи, оказываемой в отделениях СКП возможна только в медицинских организациях, входящих в установленный приказом уполномоченного Правительством Москвы органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения перечень.

Отделения СКП в обязательном порядке выделяются в подсистеме ПУМП АИС ОМС кодом условий оказания медицинской помощи «09» (2-3 символы фасетного кода отделения медицинской организации).

Медицинская помощь, оказанная в КДО/КДЦ медицинской организации, осуществившей госпитализацию пациента в СКП, в связи с тем же заболеванием на протяжении 30 календарных дней после выписки из СКП, оплате не подлежит.

#### **2.3.1.3. Оплата перевода пациента внутри медицинской организации:**

При переводе пациента по медицинским показаниям из отделения одного профиля в отделение другого профиля (за исключением отделения реанимации и интенсивной терапии) в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) допускается учет медицинской помощи по каждому профильному отделению больницы.

В случае неподтверждения направительного либо предварительного диагноза с последующим переводом пациента в клиническое отделение данной медицинской организации, соответствующее профилю выявленного заболевания, весь период госпитализации учитывается кодом медицинской услуги, соответствующей окончательному диагнозу.

При переводе пациента в счете указывается дата перевода, количество койко-дней, проведенных пациентом в данном отделении и код прерванного случая «7».

В случае перевода пациента в другое отделение данной медицинской организации с оплатой последующего этапа лечения из других источников финансирования (например, в отделение паллиативной медицинской помощи), в том числе из реанимационного отделения, применяется код прерванного случая «Е». Данное правило не применяется при учете ВМП.

Если в период одной госпитализации пациент неоднократно поступает в одно и то же отделение (кроме отделения реанимации и интенсивной терапии), медицинская помощь в данном отделении учитывается однократно с использованием только одного кода медицинской услуги, соответствующего отделению по основному заболеванию.

#### **2.3.1.4. Оплата сопутствующих медицинских услуг:**

В случае лечения пациента в рамках одной госпитализации в двух и более отделениях оплачиваются все периоды лечения (в соответствии с кодами услуг и кодами прерванности) (за исключением лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов).

Одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги, включенной в приложение № 8.1 к настоящему Тарифному соглашению, учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 8.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Дополнительно к коду основной комплексной медицинской услуги подлежит оплате сопутствующая медицинская помощь:

1) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиафильтрация, плазмаферез и др.) и перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом «49» раздела МГР, у детей кодом «149» раздела МГР дополнительно к коду основной медицинской услуги. При проведении программного гемодиализа пациентам, доставленным из другой медицинской организации, в которой отсутствует техническая возможность его проведения, используются коды медицинских услуг «97010» / «197010».

2) применение в период оказания медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии метода экстракорпоральной мембранной оксигенации – учитывается кодами медицинских услуг «49011» – «49013» / «149011» – «149013».

3) оперативные вмешательства, выполненные сверх комплексной медицинской услуги, предъявленной к оплате, учитываются кодом соответствующей медицинской услуги «51» / «151» – «55» / «155» разделов МГР.

Основным требованием является отсутствие связи между предъявляемым к оплате оперативным вмешательством и какой-либо из основных комплексных медицинских услуг, предъявленных к оплате данного случая госпитализации (например, будет являться ошибкой одновременное предъявление к оплате услуг «53368» – «Аппендэктомия при остром аппендиците без перитонита» и «72120» – «Острый аппендицит неосложненный (базовый метод, чистая хирургия)»).

При формировании счета, включающего иные оперативные вмешательства, оформляется протокол врачебной комиссии (приложение 2), указывается код «особый случай в счете на пациента», соответствующий «s».

Оперативное вмешательство с кодом «55008» подлежит оплате только при его регистрации в дополнение к основной комплексной медицинской услуге с кодом «69095».

Оперативное вмешательство с кодом «55009» подлежит оплате только при его регистрации в дополнение к основной комплексной медицинской услуге с кодом «69095» или «69100».

Оперативное вмешательство с кодом «55010» подлежит оплате только при его регистрации в дополнение к основной комплексной медицинской услуге с кодом «69006».

4) выполнение гистологических, иммуногистохимических, иммуноцитохимических и молекулярно-генетических исследований, пациентам, получающим медицинскую помощь в условиях круглосуточного стационара (при заборе биологического материала в период госпитализации), учитываются кодами соответствующих медицинских услуг раздела «29» / «129» МГР.

5) радиоизотопные методы исследования, выполненные детям в период оказания медицинской помощи в стационарных условиях в ГБУЗ «ДГКБ им. Н.Ф. Филатова ДЗМ» (1874), ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078), учитываются кодами «138» раздела МГР.

6) в случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара используются коды: «36022» / «136022» – «Имплантация порт-системы с уходом в период ее эксплуатации», «36023» / «136023» – «Установка периферического имплантируемого центрального венозного катетера», «36024» / «136024» – «Удаление порт-системы».

7) при родоразрешении (комплексные медицинские услуги «76921», «76922») дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

8) при родоразрешении (комплексные медицинские услуги «76921», «76922») в случае наличия показаний к аутогемотрансфузии дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «46033».

9) при акушерско-гинекологических кровотечениях, обусловленных осложнениями прерывания беременности и послеродового периода, осложнениями хирургических вмешательств (комплексная медицинская услуга «76958» – «Другие состояния, требующие оперативного лечения в гинекологии (круглосуточный стационар)»), эктопической беременностью (комплексные медицинские услуги «76941» – «Операции на придатках матки (круглосуточный стационар, лапароскопия)», «76942» – «Операции на придатках матки (круглосуточный стационар, лапаротомия)», «76953» – «Реконструктивно-пластические операции (круглосуточный стационар, лапаротомия)», «76954» – «Реконструктивно-пластические операции (круглосуточный стационар, лапароскопия)», коды МКБ-10 O00.0, O00.1, O00.2, O00.8), геморрагической формой апоплексии яичников (комплексные медицинские услуги «76941» – «Операции на придатках матки (круглосуточный стационар, лапароскопия)», «76942» – «Операции на придатках матки (круглосуточный стационар, лапаротомия)»), код МКБ-10 N83.1), в случае наличия показаний к

аутогемотрансфузии дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируется медицинская услуга «46033».

10) в случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

11) в случае проведения исследования по выявлению генов резистентности к гликопептидным и бета-лактамам антибиотикам у бактерий методом ПЦР дополнительно к основной комплексной медицинской услуге в счете регистрируются медицинские услуги «28315», «128315», «28317», «128317», «28387», «128387», «28388», «128388».

12) медицинская услуга «Оптическая когерентная томография с функцией ангиографии (взрослое население)» подлежит оплате при ее регистрации в дополнение к основным медицинским услугам с кодами: «67002», «67003», «67004», «67009», «67010», «67012», «67013», «67020», «67027», «67030», «67040», «67050», «67060», «67070», «67100», «67110», «67120», «67130», «67180», «67190», «67220».

13) Дополнительно к основным комплексным медицинским услугам «72515» - «72522» в счете регистрируются медицинские услуги:

– «3106» – «1 день пребывания пациента СКП в КС хирургического профиля»,

– «3107» – «2 и более дней пребывания пациента СКП в КС хирургического профиля».

Пребывание пациента СКП в КС в течении 1 дня учитывается по коду медицинской услуги «3106» – «1 день пребывания пациента СКП в КС хирургического профиля», пребывание пациента СКП в КС более 1 дня регистрируется по коду медицинской услуги «3107» – «2 и более дней пребывания пациента СКП в КС хирургического профиля». Применение указанных кодов медицинских услуг не допускается в одном случае оказания медицинской помощи.

Данные услуги регистрируются в счете при условии соответствия пациента критериям перевода и наличии медицинских показаний для продления срока госпитализации после оперативного вмешательства в условиях СКП, в соответствии с приложением № 9.3 к настоящему Тарифному соглашению.»

14) Дополнительно к основным комплексным медицинским услугам «75011» – «75018» в счете регистрируются медицинские услуги:

– «5101» – «1 день пребывания пациента СКП в КС урологического профиля»,

– «5102» – «2 и более дней пребывания пациента СКП в КС урологического профиля».

Пребывание пациента СКП в КС в течении 1 дня учитывается по коду медицинской услуги «5101» – «1 день пребывания пациента СКП в КС урологического профиля», пребывание пациента СКП в КС более 1 дня регистрируется по коду медицинской услуги «5102» – «2 и более дней пребывания пациента СКП в КС урологического профиля». Применение

указанных кодов медицинских услуг не допускается в одном случае оказания медицинской помощи.

Данные услуги регистрируются в счете при условии соответствия пациента критериям перевода и наличии медицинских показаний для продления срока госпитализации после оперативного вмешательства в условиях СКП, в соответствии с приложением № 9.3 к настоящему Тарифному соглашению.

Коды медицинских услуг, включенные в приложение № 8.2 к настоящему Тарифному соглашению и не указанные в настоящем разделе, предназначены для технических целей; для учета медицинской помощи в целях оплаты сопутствующих медицинских услуг не используются.

Отдельные медицинские услуги, выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого была оказана ВМП (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого оказана ВМП), дополнительному учету в системе ОМС не подлежат.

#### **2.3.1.5. Оплата медицинских услуг по лабораторной диагностике:**

Оплата медицинских услуг по лабораторной диагностике, выполненных медицинскими организациями по поручению и для нужд других медицинских организаций, реализующих Территориальную программу ОМС, при направлении биологического материала многопрофильным стационаром, осуществляющим диагностику и лечение пациента, производится на основании договоров, заключенных между медицинскими организациями без участия страховой медицинской организации (межучрежденческие расчеты).

Медицинские услуги по лабораторной диагностике отражаются в реестре счетов только стационаром, осуществляющим диагностику и лечение пациента, за исключением медицинских услуг по лабораторной диагностике в условиях дневного, круглосуточного стационара и стационара кратковременного пребывания, оплачиваемых в рамках законченного/прерванного случая оказания медицинской помощи.

Оплата медицинской помощи в рамках договоров осуществляется в том числе из средств, направленных страховой медицинской организацией в медицинскую организацию, отражающую указанный случай медицинской помощи в реестрах счетов.

#### **2.3.1.6. Особенности оплаты патологоанатомических исследований умерших:**

Патолого-анатомические вскрытия (посмертное патолого-анатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патолого-анатомических отделениях медицинских организаций, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и/или состояний, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, подлежат отдельному учету и кодируются кодами услуг раздела «59» / «159» МГР.

### **2.3.1.7. Особенности оплаты высокотехнологичной медицинской помощи:**

Комплексные медицинские услуги для учета ВМП, оказываемой в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включены в приложение № 8.3 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «200» МГР.

Стоимость лечения в отделении круглосуточного стационара (ВМП) оплачивается по полной стоимости тарифа на комплексную медицинскую услугу. Длительность нахождения пациента в стационаре при этом не учитывается. Дополнительные услуги, оказанные в период госпитализации (включая, периоды нахождения в других отделениях (в том числе, реанимационном), гемодиализ, дополнительные оперативные вмешательства и др.), не оплачиваются.

Единицей учета ВМП, оплачиваемой за счет средств ОМС, является законченный случай оказания медицинской помощи в условиях стационара, включающий один метод лечения (из Перечня видов ВМП, включенного в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве).

Случаи оказания медицинской помощи могут учитываться как ВМП только при соблюдении следующих условий:

- соответствие наименования вида ВМП, кодов МКБ-10, модели пациента, вида лечения, метода лечения и профиля медицинской помощи аналогичным параметрам, установленным в Перечне видов ВМП, включенном в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. В случае смерти пациента, получившего ВМП, наступившей в отделении реанимации, допускается указание в счете профиля медицинской помощи «реанимация» (в фасетном коде отделения); при этом в качестве лечащего врача указываются данные врача хирургической специальности, выполнившего оперативное вмешательство;

- использованный метод лечения включает все технологии, установленные для данного вида ВМП Перечнем видов ВМП, включенным в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве;

- при оказании медицинской помощи не использовались лекарственные средства и медицинские изделия, приобретенные пациентом или его представителями за счет личных средств;

- случай оказания ВМП учтен в специализированной информационной системе в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 186н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» и от 30.01.2015 № 29н «О формах статистического учета и отчетности, используемых при организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, порядках их заполнения и сроках представления»;

- соответствие метода ВМП дополнительному критерию «код основной операции» или «код манипуляции», включенному в справочник «mscrit» пакета НСИ АИС ОМС.

В случае, если хотя бы одно из вышеуказанных условий не выполнено, оплата случая оказания медицинской помощи осуществляется в рамках специализированной медицинской помощи по соответствующему коду комплексной медицинской услуги исходя из выполненной хирургической операции и (или) других применяемых медицинских технологий. В рамках одной госпитализации осуществляется учет только одной единицы ВМП.

#### **2.3.1.8. Особенности учета и оплаты высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования:**

Комплексные медицинские услуги для учета ВМП, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (лицам, застрахованным в городе Москве) в условиях круглосуточного стационара, включены в приложение № 8.4 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета ВМП используются коды медицинских услуг, соответствующие разделу «300» МГР.

Обязательным условием для оплаты данных случаев медицинской помощи, является наличие направления на стационарное лечение с применением данных методов (форма 057/у-04), указанное в информационной системе учета медицинской помощи (подсистема ПУМП АИС ОМС). Обоснованность применения данных методов должна быть подтверждена протоколом врачебной комиссии медицинской организации-исполнителя услуги.

#### **2.3.1.9. Особенности оплаты медицинской помощи, оказанной лицам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС:**

Медицинская помощь, оказанная (в том числе на уровне приемного отделения) лицам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, принимается к оплате по медицинским услугам и кодам МКБ - 10, соответствующим медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям. Перечень кодов МКБ-10 в сочетании с кодами медицинских услуг и дополнительными критериями, соответствующих медицинской помощи, оказанной по экстренным показаниям, размещены в справочнике «msmkbe» пакета НСИ АИС ОМС.

При оказании медицинской помощи на уровне приемного отделения без последующей госпитализации, в счете указывается услуга «1701» – «1780» / «101701» – «101763» (при ее наличии в справочнике «uslexh» пакета НСИ АИС ОМС) (консультация врача соответствующей специальности) и услуги дополнительного обследования и лечения либо услуга раздела «84» / «184» (при оказании медицинской помощи на диагностической койке приемного отделения) МГР.

### **2.3.1.10. Особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в специализированных медицинских учреждениях:**

При выявлении в процессе госпитализации заболеваний, относящихся к особо опасным инфекциям; заболеваний, передаваемых половым путем, вирусом иммунодефицита человека; синдрома приобретенного иммунодефицита; туберкулеза; психических расстройств и расстройств поведения, в том числе связанных с употреблением психоактивных веществ, пациент подлежит переводу в специализированную медицинскую организацию.

В этих случаях медицинская помощь учитывается по направлятельному диагнозу при поступлении больного с использованием кода прерывания «3».

### **2.3.1.11. Особенности оплаты медицинской помощи в ведомственных медицинских организациях:**

Оплата медицинской помощи, оказанной в структурных подразделениях ведомственных медицинских организаций, перечисленных в справочнике «sprved» пакета НСИ АИС ОМС производится только в следующих случаях:

- наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, подведомственной Департаменту здравоохранения города Москвы;

- наличия направления пациента от амбулаторно поликлинической медицинской организации или амбулаторно-поликлинического подразделения медицинской организации, находящейся в подчинении того же ведомства, при условии прикрепления пациента к направившей медицинской организации.

### **2.3.1.12. Совместное пребывание с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя:**

Случаи совместного нахождения с ребенком одного из родителей, иного члена семьи или иного законного представителя учитываются с использованием кодов медицинских услуг разделов «161» - «193» МГР, имеющих в наименовании указание на использование их при совместном пребывании с ребенком указанного лица. Факт совместного с ребенком пребывания сопровождающего лица подтверждается записями в первичной медицинской документации.

Учет услуги о совместном пребывании сопровождающего лица с ребенком 4 лет и старше осуществляется при наличии протокола Врачебной комиссии медицинской организации, в котором приводится основание для совместного нахождения с ребенком сопровождающего лица, например, наличие медицинских показаний.

Использование в детских больницах кодов медицинских услуг, предназначенных для учета медицинской помощи, оказанной взрослому населению, для получения финансовых средств за оплату пребывания сопровождающего лица, не допускается.

### **2.3.2. Оплата медицинской помощи в приемном отделении стационара:**

Медицинская помощь, оказанная пациенту без последующей госпитализации в профильное отделение или на диагностическую койку приемного отделения, учитывается с включением в счет отдельных простых медицинских услуг. Учету подлежат услуги, оказанные пациентам, как

сотрудниками приемного отделения, так и сотрудниками других структурных подразделений медицинской организации в период – от поступления пациентов в приемное отделение до их выписки.

Медицинская помощь, оказанная пациенту на диагностической койке приемного отделения, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «84»/«184» МГР. Дополнительный учет простых и сложных медицинских услуг одновременно с кодами раздела «84» / «184» МГР не осуществляется. Факт оказания медицинской помощи должен быть подтвержден записями в первичной медицинской документации, включающими запись о госпитализации пациента на диагностическую койку с указанием цели госпитализации, а также записями о первичном и повторных осмотрах пациента.

Медицинская помощь, оказанная пациенту в приемных отделениях медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы стационарного типа, перешедших в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 28.11.2023 № 1163 «О переходе к модели оказания ургентной медицинской помощи в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы стационарного типа» к модели оказания ургентной медицинской помощи, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «95» МГР.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется только в случае доставки пациента в приемное отделение бригадами скорой медицинской помощи.

Оплата медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется по диагнозу, установленному при поступлении пациента.

Оказание медицинских услуг раздела «95» МГР осуществляется на протяжении не более 24 часов (+- 1 или 2 часа).

При оказании пациенту неотложной медпомощи в приемном отделении с использованием кодов медицинских услуг разделов «84» / «184» / «95» МГР не допускается регистрация в одном случае оказания медицинской помощи в приемном отделении других медицинских услуг, кроме:

- кодов «56029» / «156003» в реанимационном отделении стационара при летальном исходе реанимации менее 12 часов;
- услуг по проведению аутопсии, учитываемых кодами медицинских услуг разделов «59» / «159» МГР.

В случае последующей госпитализации пациента в клиническое отделение данной медицинской организации услуги, оказанные пациенту на уровне приемного отделения, в том числе на диагностической койке, в счет не включаются.

Факт оказания медицинской помощи должен быть подтвержден записями в первичной медицинской документации.

Не допускается предъявление к оплате медицинской помощи, оказанной по поводу заболеваний (состояний), не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования (например, алкогольное опьянение).

### **2.3.3. Оплата медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология»:**

Медицинская помощь при родовспоможении учитывается с использованием кодов медицинских услуг «76921» (при наличии операции «Кесарево сечение» (A16.20.005)), «76922».

При родоразрешении (комплексные медицинские услуги «76921», «76922») создается персонa новорожденного, в счете на которого регистрируется медицинская услуга «101740» – «Первая консультация неонатолога».

При отсутствии счета на новорожденного с медицинской услугой «101740» – «Первая консультация неонатолога» комплексные медицинские услуги «76921», «76922» могут быть оплачены только за прерванный случай госпитализации.

### **2.3.4. Оплата медицинской помощи по профилю «Анестезиология и реаниматология»:**

Стоимость законченного случая лечения по МС (код «0») в отделениях реанимации и интенсивной терапии больницы для детского населения (раздел «183» МГР) рассчитывается как произведение тарифа на количество койко-дней пребывания в отделении.

Период нахождения пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии, блоках и палатах интенсивной терапии учитывается кодами медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

Для блоков и палат интенсивной терапии, созданных на базе других отделений (кардиологического, неврологического и др.), обязательным условием является оказание медицинской помощи врачом анестезиологом-реаниматологом.

Медицинская помощь, оказанная взрослому населению в отделении реанимации и интенсивной терапии, учитывается и оплачивается по койко-дням в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 13.11.2003 № 545 (день поступления и день выписки пациента считаются одним койко-днем).

Учет первого койко-дня допускается при нахождении пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии 12 и более часов.

Учет медицинской помощи в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов осуществляется в следующем порядке:

- в случае смерти пациента используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-легочная реанимация) и кодом особого случая «5»,

- в случае перевода пациента в другую медицинскую организацию (другое юридическое лицо) используются коды медицинских услуг «56029» (сердечно-легочно-мозговая реанимация) и «156003» (сердечно-легочная реанимация) и кодом особого случая «3».

В остальных случаях пребывание пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии менее 12 часов учитывается как пребывание в профильном отделении.

В случае применения в период лечения пациентов методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.), экстракорпоральной мембранной

оксигенации и оперативных вмешательств данные услуги предъявляются к оплате одновременно с кодом основной комплексной медицинской услуги разделов «83» / «183» МГР (либо услуг «56029» / «156003»).

Дополнительно на вкладке форма 066/у в системе подсистеме ПУМП АИС ОМС указываются отдельные показатели состояния пациента по шкале SOFA. При наличии в медицинской карте стационарного больного нескольких значений мониторируемых параметров в системе регистрируются все результаты измерений.

### **2.3.5. Оплата медицинской помощи по профилю «Инфекционные болезни» (COVID-19):**

Медицинские услуги «61410», «61440», «161410», «161411», «161440», «161441», «161462», «161463» подлежат использованию в перечне медицинских организаций в соответствии со справочником «sprncso» пакета НСИ АИС ОМС.

В случаях летальных исходов при оказании медицинских услуг с кодами: «61440», «161440», «161441» оплата осуществляется по полному тарифу. Для кодирования таких случаев применяется код законченного случая госпитализации «0» с указанием кода особого случая счета «5».

При учете случаев заболевания COVID-19, подтвержденных результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.1». При учете случаев заболевания COVID-19, диагностированных клинически (на основании результатов КТ), но не подтвержденных результатами лабораторной диагностики, диагноз основного заболевания во всех случаях должен указываться как «U07.2». Диагнозы осложнений основного заболевания (например, пневмония) или сопутствующих состояний указываются в соответствующих параметрах счета «диагноз осложнения заболевания» и «диагноз сопутствующего заболевания».

Оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» производится только в случае госпитализации пациента по экстренным показаниям (код канала госпитализации (ORD) «2») при указании девятизначного номера наряда бригады СМП, а также в случае госпитализации пациентов, доставленных службой СМП Московской области. Также, оплата медицинских услуг «61440», «161440», «161441» осуществляется в случае внутреннего перевода пациента, госпитализированного в плановом порядке, которому ранее оказана одна из медицинских услуг «61420», «161420», «161421».

Учет случаев проведения диагностики COVID-19 пациентам, госпитализированным в плановом порядке, ведется с использованием кодов медицинских услуг «61420», «161420», «161421». Указанные медицинские услуги регистрируются в счете только при положительном результате диагностики COVID-19 с дальнейшим переводом пациента в специализированную медицинскую организацию или выписки пациента для прохождения лечения на дому.

Оплата медицинских услуг «61420», «161420», «161421» осуществляется по тарифу на законченный случай лечения в случаях:

- выписки пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 для прохождения лечения на дому (код законченного случая госпитализации «0»);

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированное отделение в рамках одной МО (код прерванного случая «7», а также регистрация на тот же номер истории болезни одной из медицинских услуг «61440», «161440», «161441»).

- перевода пациента с положительным результатом диагностики на COVID-19 в специализированную МО (код законченного случая госпитализации «0» в сочетании с кодом особого случая «3»).

В случаях отрицательного результата диагностики COVID-19 отдельный учет медицинской помощи с использованием кодов медицинских услуг «61420», «161420», «161421» не производится. Медицинская помощь, оказанная в данном случае пациенту, учитывается с использованием соответствующего кода медицинской услуги, по которой пациенту была оказана плановая медицинская помощь.

Учет случаев проведения доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска ведется с использованием кода медицинской услуги «161462». Учет случаев обследования после доконтактной профилактики COVID-19 детей из группы риска ведется с использованием кода медицинской услуги «161463». Оплата данного вида медицинской помощи осуществляется только при ее оказании в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» (1872) и ГБУЗ «ДГКБ им. З.А. Башляевой ДЗМ» (1871).

Одновременно с кодами основных комплексных медицинских услуг «61440», «161440», «161441», за исключением медицинских услуг в форме 066/у учитываются отдельные медицинские услуги, включенные в приложение № 8.2 к настоящему Тарифному соглашению. Для учета дополнительных услуг допускается использование следующих кодов:

а) проведение пациенту методов экстракорпоральной мембранной оксигенации при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующими кодами «49» раздела МГР («49011» – «49013»), у детей кодами раздела «149» МГР («149011» – «149013») дополнительно к коду основной медицинской услуги;

б) проведение пациенту методов экстракорпоральной гемокоррекции (гемодиализ, гемосорбция, гемодиализация, плазмаферез и др.) при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) у взрослых пациентов учитывается соответствующим кодом раздела «49» МГР, у детей кодами «149002» и «149016» дополнительно к коду основной медицинской услуги;

в) проведение перитонеального диализа при оказании медицинской помощи в пределах одной медицинской организации (одного юридического лица) – учитывается кодами медицинских услуг «49008» / «149017» (Перитонеальный диализ) дополнительно к коду основной медицинской услуги.

Учет пребывания пациентов в отделении реанимации осуществляется с использованием медицинских услуг разделов «83» / «183» МГР.

В рамках одной госпитализации осуществляется учет и оплата только одной услуги «61440», «161440», «161441». Отдельные медицинские услуги (за исключением указанных выше), выполненные в приемном отделении и в течение всего срока стационарного лечения, в процессе которого были оказаны услуги «61440», «161440», «161441» (включая период нахождения пациента в реанимационном отделении, а также услуги, связанные с лечением осложнений основного заболевания, по поводу которого данные услуги были оказаны), дополнительной оплате не подлежат. Исключение составляют случаи пребывания пациента в реанимационном отделении на протяжении всего срока госпитализации (счет состоит только из услуг разделов «83» / «183» МГР), которые оплачиваются в соответствии с установленными тарифами.

В случаях проведения пациентам лекарственной терапии при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу на законченный случай лечения коронавирусной инфекции (2019-nCoV), лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «2» вносятся сведения об использованных при лечении лекарственных препаратах, включенных в приложение № 10.2 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

### **2.3.6. Оплата медицинской помощи по профилю «Кардиология»:**

В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 07.05.2025 № 488 «О маршрутизации пациентов по отдельным профилям медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве» маршрутизация пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОИМпST) и оплата соответствующих комплексных медицинских услуг с кодами «69008», «69009», «69010» (стентирование коронарных артерий при инфаркте миокарда с подъемом ST) осуществляется только в 13 шок-центрах.

В остальных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению органа исполнительной власти города Москвы в сфере здравоохранения. Указанный порядок распространяет свое действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

### 2.3.7. Оплата медицинской помощи по профилю «Медицинская реабилитация»:

Для учета медицинской помощи, оказанной в отделениях медицинской реабилитации стационаров, используются коды медицинских услуг раздела «91» МГР.

При невозможности подбора кода комплексной медицинской услуги для учета случая медицинской реабилитации возможно использование кодов медицинских услуг раздела «99» МГР.

Госпитализация в отделение медицинской реабилитации после стационарного лечения в профильном отделении повторной госпитализацией не считается.

Учет медицинской реабилитации детей с нарушением слуха после слухопротезирования, учитывается с использованием кодов медицинских услуг раздела «191» МГР.

Регистрация случаев медицинской реабилитации в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы допускается:

Профиль койки	Медицинская организация
Реабилитационные для больных с заболеваниями центральной нервной системы и органов чувств	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ (1876) ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ» (4500) ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2346) ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989)
Реабилитационные для больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы	ГАУЗ МНПЦ МРВСМ им. С.И. Спасокукоцкого ДЗМ (1876) ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989)

Оплата медицинской помощи, оказанной в АНО «Реабилитационный Центр - Санаторий «Дудино» (5546) производится только в следующих случаях:

- при направлении пациентов - жителей города Москвы Координационным центром медицинской реабилитации Департамента здравоохранения города Москвы или амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями (амбулаторно-поликлиническими подразделениями медицинской организации) государственной системы здравоохранения города Москвы;

- при наличии направления (форма 057/у-04 «Направление на госпитализацию, обследование, консультацию») из амбулаторно-поликлинической медицинской организации (амбулаторно-поликлинических подразделений медицинской организации) государственной системы здравоохранения города Москвы по месту прикрепления пациента.

Учет медицинской помощи в психосоматических отделениях осуществляется с использованием кодов услуг и кодов МКБ-10, соответствующих соматическому заболеванию. В разделе «сведения об исполнителе услуги» указываются сведения о враче профильной соматической специальности,

осуществлявшем лечение соматического заболевания. Указание данных врача-психиатра недопустимо.

Для отдельных видов медицинской помощи и медицинских организаций медицинская помощь подлежит оплате при наличии направления на госпитализацию (формы 057/у-04):

- медицинская реабилитация (АО «ГК «Медси» (4749), коды услуг «91030», «91032», «91034», «91036», «91038», «91040», «91042», «91044», «91046», «91048», «91050», «91052», «191030», «191034», АНО «Реабилитационный Центр - Санаторий «Дудино» (5546) коды медицинских услуг «91030», «91032», «91034», «91036», «91038», «91040», «91042», «91044», «91046», «91048», «91050», «91052», «99602», «99619», «99647», «191010», «191020», «191030», «191031», «191034», «191035», «191036», «191037», «191038», «191039»).

### **2.3.8. Оплата медицинской помощи по профилю «Нейрохирургия»:**

Организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь категории пациентов с **острым нарушением мозгового кровообращения, острым нарушением спинального кровообращения, черепно-мозговой и спинальной травмой**, проводят оценку состояния пациентов по Шкале медицинской реабилитации для определения возможности дальнейшего оказания медицинской помощи в стационарных условиях и переводом на 2 этап медицинской реабилитации. Данные вносятся в выписной эпикриз и указываются в подсистеме ПУМП АИС ОМС на вкладке «форма 066/у».

Медицинские организации, проводившие медицинскую реабилитацию пациента (2 этап), в день выписки из стационара повторно осуществляют оценку по Шкале медицинской реабилитации. Полученные данные также заносятся в выписной эпикриз и подсистему ПУМП АИС ОМС.

Оказание и оплата медицинской помощи по отдельным кодам медицинских услуг осуществляется только в медицинских организациях в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 07.05.2025 № 488 «О маршрутизации пациентов по отдельным профилям медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве».

В иных медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы оплата услуг осуществляется по обращению Департамента здравоохранения города Москвы. Указанный порядок распространяет свое действие только на медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы.

### **2.3.9. Оплата медицинской помощи по профилю «Неонатология»:**

Медицинская помощь, оказанная новорожденным (не старше одного года на дату госпитализации) врачом-неонатологом в соответствующих профильных (специализированных) педиатрических отделениях в составе городских больниц и в отделениях патологии новорожденных и недоношенных детей учитывается с использованием кодов услуг раздела «187» МГР.

### **2.3.10. Оплата медицинской помощи по профилю «Онкология»:**

#### **Общие принципы оплаты:**

Оплата медицинской помощи, оказанной лицам со злокачественными новообразованиями (основной диагноз из раздела С или рубрик «D00» – «D09», «D45» – «D47»), застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, с использованием медицинских услуг разделов «80», «81», «90» МГР осуществляется при наличии у такого застрахованного лица прикрепления по профилю «онкология» к данной медицинской организации. В случае, если застрахованному лицу необходимо оказание указанных выше медицинских услуг в иной медицинской организации, оплата оказанной медицинской помощи осуществляется при наличии направления, выданного медицинской организацией, к которой застрахованное лицо имеет прикрепление по профилю «онкология».

Для учета медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями в отделениях неонкологического профиля используются коды медицинских услуг других разделов в зависимости от профиля койки и локализации онкологической патологии (хирургия, терапия и др.).

Код комплексной медицинской услуги должен соответствовать локализации опухолевого процесса, послужившей причиной данной госпитализации (например, госпитализация пациента с целью хирургического лечения метастатического поражения легких независимо от локализации первичного опухолевого очага учитывается кодом «90160»).

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения или лучевой терапии предусматривает интервал между циклами, повторное направление на госпитализацию для прохождения очередного курса / цикла не требуется. В счете медицинской организации указываются реквизиты первичного направления на госпитализацию.

#### **Оплата проведения лучевой терапии:**

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом лучевой терапии, учитывается кодами медицинских услуг разделов «80» / «180» МГР.

#### **Оплата проведения химиотерапевтического лечения:**

Медицинская помощь, оказанная пациентам по поводу онкологических заболеваний методом химиотерапевтического лечения, учитывается кодами медицинских услуг раздела «81» МГР и отдельными кодами медицинских услуг раздела «190» МГР.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с локализацией злокачественного новообразования в молочной железе, в предстательной железе, почках, легких, области головы/шеи, желудка, яичников, мочевого пузыря, а также пациентам с колоректальным раком или меланомой, лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lp\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «1» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данных локализаций противоопухолевых

препаратах, включенных в приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов, превышающий 2 недели, один цикл введения учитывается как 1 законченный случай лечения. В случаях, когда схема химиотерапевтического лечения предусматривает интервал между циклами введения лекарственных препаратов менее 2 недель, 1 законченный случай лечения формируется из трех циклов введения химиопрепаратов.

В случаях назначения противоопухолевой терапии взрослым пациентам с саркомами, лекарственными препаратами, включенными в справочник «tarion» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3», в дополнение к коду медицинской услуги, включенной в справочник «lr\_orl» пакета НСИ АИС ОМС со значением поля «USE», равным «3» вносятся сведения об использованных при лечении опухолей данной группы противоопухолевых препаратах, включенных в приложение № 10.3 к настоящему Тарифному соглашению, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу.

В случае необходимости организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями в дополнение к кодам комплексных медицинских услуг раздела «81» МГР и отдельными кодами комплексных медицинских услуг раздела «190» МГР используются коды: «36022» / «136022», «36023» / «136023», «36024» / «136024».

В случае проведения онкологического консилиума детям с онкологическими заболеваниями в условиях круглосуточного стационара в дополнение к кодам медицинских услуг раздела «190» МГР используется код «101781» - «онкологический консилиум».

#### **Оплата проведения хирургического/комбинированного лечения:**

Госпитализация в отделение онкологического профиля с целью выполнения оперативного вмешательства, а также проведения комбинированного и комплексного (лучевая и лекарственная терапия) лечения учитывается кодами медицинских услуг раздела «90» МГР с учетом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации.

Медицинская помощь, оказанная детям по поводу онкологических заболеваний, учитывается кодами медицинских услуг раздела «190» МГР с учетом требований к использованию кодов законченного (прерванного) случая госпитализации.

Случаи проведения лицам со злокачественными новообразованиями, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, химиотерапевтического или хирургического лечения, лучевой терапии, а также их сочетаний подлежат оплате только при наличии ранее проведенного онкологического консилиума, на котором была определена тактика лечения.

### **2.3.11. Оплата медицинской помощи по профилю «Офтальмология»:**

Оплата кодов медицинских услуг «67130», «67005», «67006», «67012», «200374», «200380», «200381», выполненных в АО «Медицина» (2318), осуществляется при наличии направления на госпитализацию (формы 057/у-04).

### **2.3.12. Оплата медицинской помощи по профилю «Травматология и ортопедия»:**

Оплата кода медицинской услуги «200627», выполненные в АО «Медицина» (2318), АО «ГК «Медси» (4749), ООО «ХАВЕН» (4889) и АО «МД ПРОЕКТ 2000» (4901), осуществляется при наличии направления на госпитализацию (формы 057/у-04).

### **2.3.13. Оплата медицинской помощи по профилю «Хирургия (трансплантация органов и/или тканей)»:**

Учет медицинской помощи, связанной с трансплантацией органов и тканей человека, осуществляется при подготовке пациента к трансплантации, при дисфункции и отторжении трансплантированных органов, а также при проведении планового обследования пациентов с трансплантированными органами.

### **2.3.14. Оплата диагностической медицинской помощи в отделении стационара:**

При подозрении на наличие у застрахованного лица заболеваний (состояний), требующих оказания медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, проведение диагностических мероприятий учитывается с использованием кодов комплексных медицинских услуг «62073», «63001», «66001», «67027», «68005», «69007», «70001», «71001», «72046», «73002», «74001», «75002», «76013», «77001», «78003», «79009», «82036», «85022», «89019», «92003», «93024».

При проведении диагностических мероприятий (в том числе лечебных в стадии купирования острого состояния) указанные комплексные медицинские услуги подлежат учету в объемах соответствующего профиля медицинской помощи (согласно справочнику «profms» пакета НСИ АИС ОМС) и подлежат оплате при выполнении следующего условия:

– пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

При проведении диагностического обследования пациентов по каналу госпитализации «б» в плановой форме стационарных условиях проведение диагностических мероприятий учитывается с использованием кодов комплексных медицинских услуг «61003», «62073», «63001», «64001», «66001», «67027», «68005», «68006», «69007», «70001», «71001», «72046», «73002», «74001», «75002», «76013», «77001», «78003», «79009», «82036», «85022», «89019», «90024», «92003», «93024».

При проведении диагностического обследования пациентов по каналу госпитализации «б» указанные комплексные медицинские услуги подлежат учету в объемах профиля «Диагностика (военкомат)» и подлежат оплате при выполнении следующего условия:

– указано значение параметра «ORD» (канал госпитализации) = «б».

Коды комплексных медицинских услуг «61003», «64001», «68006», «90024» возможны для использования только в профиле «Диагностика (военкомат)» для случаев оказания медицинской помощи пациентам, направленным по каналу госпитализации «б».

### **2.3.15. Оплата медицинской помощи в рамках спецпроектов:**

Медицинские услуги, оказываемые в рамках спецпроекта, подлежат отдельному учету.

Учет и кодирование спецпроектов осуществляется исключительно в рамках исполнения спецпроектов. Кодирование данных случаев в составе основных профилей медицинской помощи не допускается.

Кодирование медицинской помощи в рамках исполнения спецпроектов допускается для законченных случаев лечения заболевания, а также случаев оказания медицинской помощи с применением кодов прерванных случаев госпитализации «1, 2, 3, 5, 7».

Учет и мониторинг выполнения спецпроектов ведется согласно плановым показателям для каждой медицинской организации в натуральном и финансовом эквивалентах.

### **2.3.16. Оплата медицинской помощи в Центрах лечения боли:**

Оплата медицинских услуг с кодами «66005», «85100» осуществляется за медицинскую помощь, оказанную в Центрах лечения боли, открытых на базе:

- ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова (2778),
- ГБУЗ «МКНИЦ Больница 52 ДЗМ» (2286),
- ГБУЗ «ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ» (2082),
- ГБУЗ «ГКБ имени В.М. Буянова ДЗМ» (4500),
- ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (2078),
- ГБУЗ «ГКБ им. С.С. Юдина ДЗМ» (2346),
- ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ (2266),
- ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ» (2290).

### **2.4. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации:**

**При оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:**

- по подушевому нормативу финансирования;
- за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц).

Стоимость вызова бригады скорой медицинской помощи или бригады неотложной медицинской помощи устанавливается равной тарифу на соответствующую медицинскую услугу.

## **2.5. Способы оплаты медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи:**

При оплате медицинской помощи, оказываемой в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989):

– 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.

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 № 4 к настоящему Тарифному соглашению.

## **2.6. Перечни медицинских организаций:**

Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в городе Москве на 2026 год, в разрезе условий оказания медицинской помощи установлен приложением № 1 к настоящему Тарифному соглашению.

В целях обеспечения преемственности, доступности и качества медицинской помощи установлено распределение медицинских организаций, участвующих в 2026 году в реализации Территориальной программы ОМС в городе Москве, по уровням оказания медицинской помощи (приложение № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению).

## **Раздел 3 «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи»**

### **3.1. Общие положения:**

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, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. рублей за единицу, а также допускает включение расходов на 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.

Тарифы на оплату медицинской помощи рассчитываются в соответствии с методикой расчета тарифов, утвержденной Правилами обязательного медицинского страхования, и включают в себя статьи затрат, установленные Территориальной программой ОМС.

Коэффициент дифференциации, рассчитанный в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования», равен 1,634.

Предложения о включении новых простых и комплексных медицинских услуг в Тарифное соглашение, а также предложения о пересмотре тарифов на оплату действующих простых и комплексных медицинских услуг направляются в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с Порядком направления предложений по учету медицинской помощи в Рабочую группу по расчету и корректировке тарифов в системе обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 25.12.2023 № 1266/681.

### **3.2. Оплата медицинской помощи в амбулаторных условиях:**

#### **3.2.1. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования:**

- приемы и консультации врачей-специалистов (за исключением консультаций, оказанных в приемном отделении стационара), а также среднего медицинского персонала;
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация;
- общие манипуляции и процедуры;
- манипуляции хирургические, травматологические, ортопедические, колопроктологические, урологические, оториноларингологические, сурдологические-оториноларингологические, офтальмологические, стоматологические, аллергологические и иммунологические, гематологические, дерматовенерологические, эндоскопические (за исключением проведения взрослым процедуры эзофагогастродуоденоскопии лечебно-диагностической);
- посещения центров здоровья;
- лечебные и диагностические пункции;
- функциональная диагностика;
- общеклинические лабораторные исследования;
- биохимические лабораторные исследования;
- микробиологические (бактериологические) лабораторные исследования;
- иммунологические лабораторные исследования (за исключением тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА (коды медицинских услуг «28165», «128165»));
- цитологические исследования;
- рентгенологические исследования;
- радиоизотопные диагностические исследования;
- ультразвуковые диагностические исследования (за исключением ультразвуковых-исследований сердечно-сосудистой системы, установленных пунктом 3.2.2 настоящего Тарифного соглашения);
- термография;
- введение вакцины (профилактические прививки);
- анестезиологические манипуляции (поликлинический уровень);
- хирургические вмешательства (поликлинический уровень);
- гипербарическая оксигенация;
- физиотерапия;
- ЛФК;
- массаж;
- рефлексотерапия;
- отдельные оперативные пособия I и II категорий сложности;
- медицинская помощь с применением телемедицинских технологий;
- комплексное посещение в части ведения школ для больных сахарным диабетом;
- диспансерное наблюдение за исключением отдельных категорий, указанных в пункте 3.2.2 настоящего Тарифного соглашения.

Перечень медицинских услуг, финансовое обеспечение которых

осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций, приведен в приложении № 3 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.2.2. Виды медицинской помощи, финансовое обеспечение которой осуществляется вне подушевого норматива:**

- онкологические консилиумы;
- медицинская реабилитация;
- гистологические, иммуногистохимические, молекулярно-генетические исследования;
- позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ);
- однофотонная эмиссионная компьютерная томографии, в том числе совмещенная с компьютерной томографией (ОФЭКТ);
- все виды сцинтиграфических исследований;
- проведение компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии;
- проведение взрослым процедуры эзофагогастродуоденоскопии;
- проведение взрослым стресс-электрокардиографии, в том числе велоэргометрии;
- проведение взрослым ультразвуковой доплерографии брахиоцефальных артерий;
- медицинские услуги, выполненные в рамках углубленных медицинских осмотров лиц моложе 18 лет, занимающихся спортом;
- медицинские услуги по проведению диспансеризация взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;
- комплексное посещение по углубленной диспансеризации;
- школы для беременных и по вопросам грудного вскармливания (занятия в «Школе матерей»);
- неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери);
- определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции (коды медицинских услуг «28268», «128268»);
- лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С) (коды медицинских услуг «28270», «128270»);
- тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА (коды медицинских услуг «28165», «128165»);
- комплексные посещения в рамках диспансерного наблюдения при онкологических заболеваниях и сахарном диабете, диспансерного наблюдения, проведенного в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы;
- медицинские услуги, оказанные в клиничко-диагностических отделениях стационаров;
- медицинские услуги, оказанные в приемных отделениях стационаров;
- медицинские услуги, оказанные в структурных подразделениях стационаров (консультативно-диагностические отделения, женские консультации, центры

женского здоровья, центры амбулаторной онкологической помощи, гематологические, ревматологические, нефрологические, аллергологические центры компетенции (в том числе для детей), центры лечения боли, центры лечения и центры ранней помощи детям);

- медицинские услуги, оказанные в медицинских организациях, не имеющих прикрепленного населения и не участвующих в горизонтальных взаиморасчетах.

Финансовое обеспечение медицинских услуг (медицинских вмешательств), входящих в комплексное посещение по профилактическим осмотрам, диспансеризации, диспансеризации по оценке репродуктивного здоровья, диспансерному наблюдению, в случае, когда часть медицинских услуг (медицинских вмешательств) проведены и оплачены в рамках иных случаев оказания медицинской помощи (включая иные виды медицинских осмотров, случаи госпитализации в стационарных условиях и случаи лечения в условиях дневного стационара) осуществляется вне подушевого норматива финансирования.

**3.2.3.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается в размере – 14 312,33 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 14 268,26 рублей.

**3.2.4.** Годовой подушевой норматив финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, устанавливается в размере 11 184,09 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного подушевого норматива.

Годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации рассчитан за вычетом доли средств в размере 0,1% от базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, направляемых на выплаты медицинским организациям в случае достижения ими значений показателей результативности деятельности с учетом бальной оценки.

Показатели результативности деятельности и правила их применения установлены приложениями № 13, 14 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.2.5.** Годовой подушевой норматив для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому нормативу финансирования, устанавливается в размере 378,58 рублей.

Ежемесячные подушевые нормативы для финансирования медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, применяющих способ оплаты по подушевому

нормативу финансирования, определяются исходя из 1/12 размера годового дифференцированного подушевого норматива.

**3.2.6.** Дифференцированные годовые подушевые нормативы финансирования, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, в том числе половозрастной коэффициент и коэффициент уровня расходов, для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, приведены в приложении № 5.2 к настоящему Тарифному соглашению.

Коэффициент уровня расходов установлен для каждой медицинской организации в зависимости от наличия травматологических пунктов или от плотности прикрепленного населения.

**3.2.7.** Дифференцированные годовые подушевые нормативы финансирования, коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования, в том числе половозрастные коэффициенты и установленные половозрастные группы, для медицинских организаций с подушевым финансированием, оказывающих медицинскую помощь по профилю «стоматология» в амбулаторных условиях, приведены в приложении № 5.3 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.2.8.** Годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (4963), оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «дерматовенерология», в размере – 178,80 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» (4963), оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по профилю «дерматовенерология», определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

**3.2.9.** В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую ГБУ СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗМ (4708), в размере – 300,30 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУ СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗМ (4708), оказывающего неотложную медицинскую помощь в амбулаторных условиях, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

**3.2.10.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных и межучрежденческих расчётов, при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при оплате отдельных

медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в горизонтальных расчётах, приведены в приложении № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.2.11.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения, приведены в приложении № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.2.12.** 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 № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению.

### **3.3. Оплата медицинской помощи в условиях дневного стационара:**

**3.3.1.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается в размере – 4 070,39 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 3 987,29 рублей.

**3.3.2.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в медицинских организациях, имеющих стационарные подразделения, в рамках Территориальной программы ОМС, приведены в приложении № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.3.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве и имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, при проведении преимплантационного генетического тестирования эмбрионов на анеуплоидии (ПГТ-А) 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 № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.4.** 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 № 7.3 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.5.** 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 счёт 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 № 7.4 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.6.** Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях дневного стационара в дополнение к базовому тарифу, приведены в приложении № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.7.** Тарифы на оплату лекарственных препаратов при проведении гормонотерапии, остеомодифицирующей терапии в условиях дневного стационара в дополнение к стоимости медицинской услуги приведены в приложении № 10.4 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.3.8.** Тарифы на оплату противовирусных лекарственных препаратов при лечении хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара в дополнение к базовому тарифу приведены в приложении № 10.5 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **3.4. Оплата медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара:**

**3.4.1.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточного стационара в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается в размере – 16 164,29 рублей, в том числе в рамках базовой программы ОМС – 14 379,45 рублей.

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

**3.4.3.** 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.

**3.4.4.** Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований, в том числе в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу, приведены в приложении № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.4.5.** Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу приведены в приложении № 10.2 к настоящему Тарифному соглашению».

**3.4.6.** Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей приведены в приложении № 10.3 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.4.7.** Тарифы на оплату дорогостоящих расходных материалов в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемых в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования в рамках реализации специализированных целевых программ, приведены в приложении № 10.6 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.4.8.** 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 № 8.3 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.4.9.** 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 № 8.4 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.4.10.** Коэффициент уровня медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, установлен в размере – «1».

### **3.5. Оплата скорой медицинской помощи:**

**3.5.1.** Средний размер финансового обеспечения скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в расчете на одно застрахованное лицо устанавливается в размере – 2 373,54 рублей.

**3.5.2.** Финансовое обеспечение скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на лиц, застрахованных по ОМС в городе Москве.

**3.5.3.** Годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи устанавливается в следующем размере – 2 443,91 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУ СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗМ (4708), оказывающего скорую медицинскую помощь, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

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

**3.5.5.** Оплата скорой медицинской помощи, оказанной в рамках Территориальной программы ОМС, осуществляется страховыми медицинскими

организациями, в соответствии с заключенным между МГФОМС, страховыми медицинскими организациями и ГБУ СС и НМП им. А.С. Пучкова ДЗМ (4708) Договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

### **3.6. Оплата медицинской помощи по всем видам и условиям оказания медицинской помощи:**

**3.6.1.** Оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров осуществляется в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989).

**3.6.2.** Финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи (за исключением тестирования на новую коронавирусную инфекцию методом ИФА, а также медицинских услуг по проведению компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, выполненных в рамках диагностики онкологических заболеваний, медицинских услуг по проведению компьютерной томографии в связи с коронавирусной инфекцией типа 2019-nCoV), а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется за счет средств подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц.

**3.6.3.** Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989), участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, устанавливается в размере – 26 617,44 рублей.

**3.6.4.** При установлении размера и структуры подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц к ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989) при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях дневного стационара в рамках Территориальной программы ОМС, применяются половозрастные коэффициенты дифференциации, установленные в приложении № 5.1 к настоящему Тарифному соглашению.

**3.6.5.** В рамках реализации Территориальной программы ОМС устанавливается годовой подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989), оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, в размере – 29 272,26 рублей.

Ежемесячный подушевой норматив на одно застрахованное лицо по ОМС для финансирования ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» (1989), оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в условиях дневного и круглосуточного стационаров, определяется исходя из 1/12 размера годового подушевого норматива.

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

**4.1.** 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 № 12 к настоящему Тарифному соглашению.

#### **4.2. Общие контроли:**

Правила отнесения фактически выполненных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения приведены в Структуре сервиса «Мониторинг» подсистемы ПУМП АИС ОМС (приложение к Регламенту информационного взаимодействия в АИС ОМС участников обязательного медицинского страхования города Москвы с использованием веб-сервисов).

Отдельные параметры, установленные сервисом Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС, не проходящие контроль на предмет превышения установленных натуральных объемов медицинской помощи и объемов финансового обеспечения по предельным годовым показателям, определены в Описании алгоритмов медико-экономического контроля счетов за оказанную медицинскую помощь, размещенном в подсистеме ПУМП АИС ОМС.

Иные условия оплаты/неоплаты медицинской помощи установлены в Описании алгоритмов медико-экономического контроля счетов за оказанную медицинскую помощь, размещенном в подсистеме ПУМП АИС ОМС.

#### **4.3. Контроль оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:**

##### **4.3.1. Контроль на превышение плановых объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения:**

<b>Медицинская помощь</b>	<b>Предмет контроля</b>
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь (всего, единица объема)	Превышение предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь.
Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь (подушевой норматив финансирования)	Не контролируется
Отдельные инструментальные диагностические услуги: «37043», «137043», «37048», «37044», «137044», «37049», «21022», «22123», «40096»	Превышение годовых плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения. Истощения 50% или 75% от установленных годовых объемов медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения.

Медицинская помощь	Предмет контроля
ПЭТ/КТ	Превышение предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь. Превышение соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения по параметрам: - "ПЭТ/КТ - всего, из них:"; - "ПЭТ/КТ всего тела"; - "ПЭТ/КТ головного мозга"; - "ПЭТ/КТ предстательной железы".
Предварительное обследование пациентов, поступающих в федеральные медицинские организации для получения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях при плановой госпитализации	Превышение предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь. Превышение соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.
Диспансерное наблюдение	Превышение предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь. Превышение соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.
Обращения по медицинской реабилитации	Превышение предельного годового объема финансового обеспечения на амбулаторно-поликлиническую помощь. Превышение соответствующих плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

#### **4.3.2. Контроль на отсутствие дублирующих лабораторных и инструментальных диагностических исследований, необоснованно назначенных в КДО.**

Оплата дублирующих лабораторных и инструментальных диагностических исследований, необоснованно назначенных в КДО, не осуществляется.

ТАП с признаком «учет и оплата», поданный в соответствии с правилами пункта 2.1.4 настоящего Тарифного соглашения, в 100% случаев подлежит второму этапу медико-экономического контроля на предмет обоснованности оплаты дублирующего исследования.

**4.3.3. Контроль на оплату услуги «1974»/ «101974» при условии регистрации данной услуги на дату завершения случая плановой госпитализации.**

#### **4.4. Контроль оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного и круглосуточного стационаров:**

##### **4.4.1. Контроль на превышение плановых объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения:**

Контроль превышения годовых плановых натуральных объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения.

Исчерпания 50% или 75% от установленных плановых годовых объемов медицинской помощи и (или) ее финансового обеспечения. Контроль ведется по параметрам, установленным сервисом Мониторинг подсистемы ПУМП АИС ОМС.

Обеспечение медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги «67013» (интравитреальное введение ингибитора ангиогенеза и (или) имплантата с глюкокортикоидом), осуществляется в рамках объемов медицинской помощи и ее финансового обеспечения по профилю «офтальмология», установленных Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для каждой медицинской организации индивидуально.

В случае невыполнения установленных объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», оказываемой при родовспоможении в стационарных условиях, объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи пересматриваются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС для увеличения установленных объемов медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология», связанной с родами.

Контроль на превышение медицинскими организациями установленных плановых объемов оказания медицинской помощи в рамках спецпроектов, по профилю «Диагностика (военкомат)», подпрофилю «Роды» не осуществляется (при условии наличия установленных плановых годовых объемов медицинской помощи для медицинской организации).

#### **4.4.2. Контроль на соблюдение условий оказания медицинской помощи:**

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилям медицинской помощи устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате отдельно для стационаров круглосуточного пребывания и для СКП.

Медицинская помощь по профилю «Хирургия» по коду медицинской услуги «72470» «Неинфекционные болезни лимфатических сосудов и узлов (чистая хирургия)» оказывается только в условиях СКП.

Объемы предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи по профилю «Офтальмология», оказываемой по коду медицинской услуги «67160» «Болезни век и конъюнктивы», устанавливаются Комиссией по разработке территориальной программы ОМС и принимаются к оплате только для СКП.

Поданный на оплату реестр счета подлежит обязательному медико-экономическому контролю (далее – МЭК) МГФОМС.

МЭК включает два этапа:

- контроль на соблюдение базовых критериев оплаты (первый этап);
- контроль на соответствие клинических критериев оптимальным условиям оказания медицинской помощи (второй этап).

Оплата медицинской помощи в отчетном периоде по результатам первого этапа МЭК осуществляется по кодам медицинских услуг, для которых не установлены критерии второго этапа МЭК.

Обязательным условием для прохождения второго этапа МЭК является соблюдение критериев для конкретной комплексной медицинской услуги. Поиск соответствия критериев второго этапа МЭК осуществляется в полях

приоритетных документов, определенных приложением № 9.3 к настоящему Тарифному соглашению.

Второй этап МЭК осуществляется специалистом МГФОМС путем дистанционного доступа к электронной медицинской карте в системе ЕМИАС, в том числе для проверки списания расходных материалов, подлежащих предметно-количественному учету и поименованных в качестве критериев для оплаты.

Сроки проведения второго этапа МЭК определяются решением МГФОМС или по поручению Департамента здравоохранения города Москвы, но не реже двух раз в год.

Количество реестров счетов, подлежащих проведению второго этапа МЭК, составляет 10% от всех поданных реестров счетов до момента закрытия отчетного периода по данному коду комплексной медицинской услуги и/или оперативному вмешательству, прошедших первый этап МЭК.

В случае, если по результатам проведения второго этапа МЭК отмечается соответствие всех реестров счетов на оплату установленным критериям, оплата медицинской помощи осуществляется в отчетном периоде.

В случае, если при проведении второго этапа МЭК методом случайной выборки (10%) отмечается несоответствие критериям, проверке подлежат 100% реестров счетов медицинской организации по данному коду комплексной медицинской услуги и/или оперативного вмешательства, где выявлено нарушение. По результатам второго этапа МЭК счет, соответствующий критериям, подлежит оплате в последующие отчетные периоды.

Реестры счетов по кодам комплексных медицинских услуг «72180» – «Доброкачественные новообразования более 20 мм других отделов пищеварительного тракта (базовый метод) (чистая хирургия)», «72480» – «Доброкачественные новообразования толстой и прямой кишки (размер более 20 мм, количество удаляемых образований более 10) (базовый метод) (чистая хирургия)» и случаи госпитализации по каналу госпитализации «самотек», для которых предусмотрены критерии экстренной госпитализации, подлежат второму этапу МЭК в 100% случаев.

Оплата медицинской помощи осуществляется после проведения первого и второго этапов МЭК вне зависимости от отчетного периода. Случаи, не прошедшие первый этап МЭК, оплате не подлежат и не рассматриваются на втором этапе МЭК.

При наличии объективных причин несоответствия условию оказания медицинской помощи, медицинская организация в заявительном порядке направляет в МГФОМС официальное письмо с обоснованием несоответствия и просьбой рассмотреть возможность оплаты указанного реестра счета.

В случае, если объективной причиной является коморбидность пациента, медицинская организация оповещает МГФОМС о возникновении такого случая лечения одновременно с предъявлением к оплате счета по данному случаю госпитализации. МГФОМС обеспечивает для указанных госпитализаций проведение медико-экономического контроля с учетом отражения данных коморбидных состояний в заключительном клиническом диагнозе и выписном эпикризе электронной медицинской карты в ЕМИАС.

Медицинские услуги:

- «74002» – «Поздний трансплантационный период (нефрологический стационар, технологичный метод)»,
  - «74003» – «Инфекционные осложнения после трансплантации почки (нефрологический стационар, технологичный метод)»,
  - «74004» – «Нефротический синдром без азотемии (нефрологический стационар, технологичный метод)»,
  - «74005» – «Нефрологическая патология при злокачественных новообразованиях и плазмоклеточных дискарзиях (амилоидоз) (технологичный метод)»,
  - «97222» – «Нефротический синдром без азотемии (дневной стационар, нефрология, технологичный метод)»,
  - «97221» – «Остеомодифицирующая терапия»
- подлежат проверке на соответствие клинических критериев оплаты специалистами МГФОМС.

#### **4.4.3. Контроль на соблюдение профиля оказания медицинской помощи:**

При применении кодов комплексных медицинских услуг «62072» и «69006» в системе ЕМИАС в обязательном порядке осуществляется проверка на соответствие клинических критериев профилю отделения в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 07.07.2023 № 725 «Об организации оказания стационарной медицинской помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

При несоответствии клинических критериев профилю отделения оплата в размере 70% от стоимости законченного случая лечения заболевания осуществляется при госпитализации пациента в непрофильное отделение или переводе в профильное отделение позднее вторых суток с момента начала госпитализации (без учета пребывания пациента в отделении реанимации и интенсивной терапии).

#### **4.4.4. Прочие условия оплаты медицинской помощи:**

В целях повышения эффективности и безопасности специализированной противоопухолевой терапии, сохранения качества жизни пациентов Департамент здравоохранения города Москвы ежемесячно на основании сведений из Единой информационно-аналитической системы города Москвы формирует реестр застрахованных в рамках ОМС пациентов, страдающих злокачественным новообразованием (код МКБ 10 C00-C80), основной причиной смерти которых явилось злокачественное новообразование (код МКБ C00-C80) или сердечно-сосудистое заболевание (код МКБ раздела I) и получивших в течение двух месяцев до смерти противоопухолевую терапию.

По каждому пациенту, включенному в реестр, МГФОМС проводит повторный ретроспективный медико-экономический контроль случаев оказания медицинской помощи по профилю «Онкология», оказанной в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, с учетом объективности оценки функционального статуса пациента, наличия в

медицинской документации индивидуальной оценки рисков при назначении противоопухолевой лекарственной терапии пациентам, имеющим тяжелые сопутствующие заболевания, качества межкурсового ведения пациента, в том числе своевременности коррекции сопроводительной терапии, оценки наличия/отсутствия токсичности и/или непереносимости специализированной терапии и лечебных мероприятий, направленных на их купирование.

После проведения повторного ретроспективного медико-экономического контроля МГФОМС принимает решение об оплате случая лечения в условиях дневного и круглосуточного стационаров по кодам медицинских услуг «97107», «97144» — «97158», «97039» и кодам медицинских услуг раздела «81» МГР за законченный или прерванный случай лечения заболевания, включая стоимость противоопухолевых препаратов, использованных при оказании медицинской помощи, оплачиваемых в дополнение к базовому тарифу, и при лечении пациентов с саркомой мягких тканей, включенных в приложения № 10.1, 10.3 к настоящему Тарифному соглашению, и медицинские услуги организации длительного сосудистого доступа для проведения химиотерапии пациентам с онкологическими заболеваниями (коды услуг 36022, 36023).

#### **4.5. Контроль для оплаты медицинской помощи, требующей регистрации подтверждающих документов:**

<b>Медицинская помощь</b>	<b>Регистрация документа</b>
КТ и МРТ	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования, содержащий ссылку на изображение в ЕРИС)
ПЭТ/КТ	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования, содержащий ссылку на изображение в ЕРИС)
Онкологический консилиум (коды медицинских услуг: «1781», «1782», «1783», «101781»)	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол)
Гистологические, иммуногистохимические, иммуноцитохимические и молекулярно-генетическим исследования (раздел 29 МГР)	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол исследования)
Медицинская услуга «1974» / «101974»	ссылка на выписной эпикриз соответствующей плановой госпитализации в ЕМИАС
Коды медицинских услуг «97204», «97205», «97206», «97210»	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз отделения ВРТ)
Коды медицинских услуг «97004», «97014», «97018», «97107», «97144» – «97158», «97166» – «97187», «197014» – «197016», «197020» – «197029», «197030»	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз)

Медицинская помощь	Регистрация документа																					
Медицинская услуга «97010»	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз гемодиализа)																					
Лучевая терапия	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (протокол)																					
Медицинские услуги разделов «80» / «180», «81», «90» / «190» МГР	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз)																					
«56029» / «156003»	в медицинских организациях частной системы здравоохранения и медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти в подсистеме ПУМП АИС ОМС регистрируется ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз)																					
Медицинские услуги раздела «297» МГР, а также медицинские услуги «200059» – «200068», «200071» – «200079», «200083», «200105» – «200160», «200454», «200350» – «200356», «200542» – «200559», «200392», «200485», «200486», «200489», «200487», «200488», «200560», «200707»	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз).																					
Медицинские услуги разделов «300» и «397» МГР	ссылка на медицинский документ в ЕМИАС (выписной эпикриз)																					
Коды медицинских услуг «67005», «67006», «67012», «200374», «200380», «200381»	информация об одном или нескольких медицинских изделиях:																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="778 1211 890 1272">№ п/п</th> <th data-bbox="890 1211 1027 1272">Код МИ</th> <th data-bbox="1027 1211 1465 1272">Наименование МИ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="778 1279 890 1339">1</td> <td data-bbox="890 1279 1027 1339">296830</td> <td data-bbox="1027 1279 1465 1339">Кольцо капсульное стяжное</td> </tr> <tr> <td data-bbox="778 1339 890 1400">2</td> <td data-bbox="890 1339 1027 1400">107290</td> <td data-bbox="1027 1339 1465 1400">Ретрактор интраокулярный</td> </tr> <tr> <td data-bbox="778 1400 890 1507">3</td> <td data-bbox="890 1400 1027 1507">226650</td> <td data-bbox="1027 1400 1465 1507">Нить хирургическая полиамидная</td> </tr> <tr> <td data-bbox="778 1507 890 1610">4</td> <td data-bbox="890 1507 1027 1610">309500</td> <td data-bbox="1027 1507 1465 1610">Блок для микрорезки системы витрэктомии</td> </tr> <tr> <td data-bbox="778 1610 890 1749">5</td> <td data-bbox="890 1610 1027 1749">172060</td> <td data-bbox="1027 1610 1465 1749">Лезвие троакара транссклеральное для офтальмологической канюли</td> </tr> <tr> <td data-bbox="778 1749 890 1921">6</td> <td data-bbox="890 1749 1027 1921">171920</td> <td data-bbox="1027 1749 1465 1921">Световод офтальмологический оптоволоконный одноразового использования</td> </tr> </tbody> </table>	№ п/п	Код МИ	Наименование МИ	1	296830	Кольцо капсульное стяжное	2	107290	Ретрактор интраокулярный	3	226650	Нить хирургическая полиамидная	4	309500	Блок для микрорезки системы витрэктомии	5	172060	Лезвие троакара транссклеральное для офтальмологической канюли	6	171920	Световод офтальмологический оптоволоконный одноразового использования
	№ п/п	Код МИ	Наименование МИ																			
	1	296830	Кольцо капсульное стяжное																			
	2	107290	Ретрактор интраокулярный																			
	3	226650	Нить хирургическая полиамидная																			
	4	309500	Блок для микрорезки системы витрэктомии																			
5	172060	Лезвие троакара транссклеральное для офтальмологической канюли																				
6	171920	Световод офтальмологический оптоволоконный одноразового использования																				

## **Раздел 5 «Заключительные положения»**

**5.1.** Настоящее Тарифное соглашение вступает в силу с 01.01.2026 года и действует до 31.12.2026 года.

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

**5.3.** Внесение изменений и дополнений оформляются Дополнительными соглашениями к настоящему Тарифному соглашению на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы ОМС и являются неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения с момента их подписания уполномоченными представителями Сторон.

**5.4.** Неотъемлемой частью настоящего Тарифного соглашения являются:

**5.4.1.** Перечень медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС в городе Москве (Приложение № 1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.2.** Распределение медицинских организаций, участвующих в 2026 году в реализации Территориальной программы ОМС в городе Москве, по уровням оказания медицинской помощи (Приложение № 1.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.3.** 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 № 2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.4.** Перечень медицинских услуг, финансовое обеспечение которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинских организаций (Приложение № 3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.5.** 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 № 4 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.6.** Половозрастные коэффициенты дифференциации в разрезе половозрастных групп прикрепившихся лиц для Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (Приложение № 5.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.7.** Дифференцированные годовые подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 5.2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.8.** Дифференцированные годовые подушевые нормативы финансирования для медицинских организаций при оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях по профилю «стоматология» по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации (Приложение № 5.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.9.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках Территориальной программы ОМС, за единицу объема медицинской помощи, применяемые для осуществления горизонтальных и межучрежденческих расчётов, при оплате медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, при оплате отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц и не участвующих в горизонтальных расчётах (Приложение № 6.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.10.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях на комплексные посещения для проведения диспансерного наблюдения (Приложение № 6.2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.11.** 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 № 6.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.12.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара в медицинских организациях, имеющих стационарные подразделения, в рамках Территориальной программы ОМС (Приложение № 7.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.13.** Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве и имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, при проведении преимплантационного генетического тестирования эмбрионов на анеуплоидии (ПГТ-А) 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 № 7.2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.14.** 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 № 7.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.15.** 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 № 7.4 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.16.** 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).

**5.4.17.** 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).

**5.4.18.** 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 № 8.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.19.** 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 № 8.4 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.20.** 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, подлежащих контролю на соблюдение клинических критериев (Приложение № 9.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.21.** 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 учета дополнительных критериев (Приложение № 9.2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.22.** Клинические критерии оплаты в разрезе форм оказания стационарной медицинской помощи (Приложение № 9.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.23.** Перечень смежных кодов медицинских услуг для медицинской помощи, условие оказания которой определяется в зависимости от клинических критериев (Приложение № 9.4 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.24.** Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного и дневного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 10.1 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.25.** Тарифы на оплату лекарственных препаратов при лечении коронавирусной инфекции типа (2019-nCoV) в условиях круглосуточного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 10.2 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.26.** Тарифы на оплату противоопухолевых лекарственных препаратов при лечении злокачественных новообразований в условиях круглосуточного стационара в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по лечению пациентов с саркомой мягких тканей (Приложение № 10.3 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.27.** Тарифы на оплату лекарственных препаратов при проведении гормонотерапии, остеомодифицирующей терапии в условиях дневного стационара в дополнение к стоимости медицинской услуги (Приложение № 10.4 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.28.** Тарифы на оплату противовирусных лекарственных препаратов при лечении хронического вирусного гепатита С в условиях дневного стационара в дополнение к базовому тарифу (Приложение № 10.5 к настоящему Тарифному соглашению).


**5.4.29.** Тарифы на оплату дорогостоящих расходных материалов в условиях круглосуточного стационара, оплачиваемых в дополнение к основной комплексной медицинской услуге по имплантации систем вспомогательного кровообращения длительного использования в рамках реализации специализированных целевых программ (Приложение № 10.6 к настоящему Тарифному соглашению).

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

**5.4.31.** 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 № 12 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.32.** Порядок применения показателей результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (Приложение № 13 к настоящему Тарифному соглашению).

**5.4.33.** Показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи) (Приложение № 14 к настоящему Тарифному соглашению).

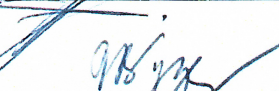



  
\_\_\_\_\_ **А.М. Хрипун**

  
\_\_\_\_\_ **И.А. Урванова**

  
\_\_\_\_\_ **Ю.П. Лушникова**

  
\_\_\_\_\_ **М.И. Преображенская**

  
\_\_\_\_\_ **Е.В. Силина**

  
\_\_\_\_\_ **И.В. Кузнецова**