

реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

4.3.21. Из числа доноров, давших письменное информированное добровольное согласие на изъятие своих органов и (или) тканей для трансплантации, проводятся мероприятия по медицинскому обследованию, лечению и медицинской реабилитации.

5. Территориальная программа ОМС

5.1. Особенности реализации Территориальной программы ОМС

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

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

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

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве.

5.1.2.2. Подача соответствующих заявлений в электронной форме возможна с использованием подсистемы «личный кабинет» государственной информационной системы «Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы» или через личный кабинет лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, на официальном сайте Московского городского фонда обязательного медицинского страхования с последующим оформлением по таким заявлениям полисов обязательного медицинского страхования в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) и выдачей на бумажном носителе информации о личности лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, и номере полиса обязательного медицинского страхования в виде штрихового кода (графической информации в кодированном виде) лицу, застрахованному по обязательному медицинскому страхованию, Государственным бюджетным учреждением города Москвы «Многофункциональные центры предоставления государственных услуг города Москвы» на основании соглашения, указанного в пункте 5.1.2.1 Территориальной программы, либо страховой медицинской организацией в зависимости от места получения полиса обязательного медицинского страхования, выбранного лицом, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, при подаче соответствующего заявления.

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

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

5.1.4. Департамент здравоохранения города Москвы является органом, осуществляющим ведомственный контроль за деятельностью подведомственных ему медицинских организаций в части обоснованности и полноты случаев оказания специализированной медицинской помощи.

Департамент здравоохранения города Москвы ежемесячно осуществляет оценку исполнения медицинскими работниками трудовой функции, установленной в трудовом договоре. С учетом проведенного анализа медицинские работники медицинской организации могут быть привлечены для работы в иных государственных медицинских организациях для оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с трудовым законодательством.

5.2. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация граждан

5.2.1. Проведение профилактических мероприятий осуществляется для выявления болезней системы кровообращения и онкологических заболеваний, формирующих основные причины смертности населения, для выявления хронических инфекционных заболеваний, болезней эндокринной системы, органов пищеварения и других заболеваний, а также для оценки репродуктивного здоровья взрослого населения репродуктивного возраста.

5.2.2. В рамках проведения профилактических мероприятий Департаментом здравоохранения города Москвы обеспечивается организация прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, в том числе углубленной, в целях выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, в вечерние часы (до 20 часов) и в выходные дни по плану-графику медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Гражданам предоставляется возможность записи, осуществляемой в том числе очно, по телефону и дистанционно (при наличии технической возможности, с использованием Портала государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы и (или) ЕМИАС).

График проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации размещается на информационных стендах в помещениях медицинских организаций, а также на официальных сайтах медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

Информация о медицинских организациях, в которых граждане могут пройти диспансеризацию и (или) профилактический медицинский осмотр, включая перечень медицинских организаций, осуществляющих углубленную диспансеризацию и диспансеризацию для оценки репродуктивного здоровья взрослого населения репродуктивного возраста, размещается на официальном сайте Департамента здравоохранения города Москвы в информационно-телекоммуникационной сети Интернет.

5.2.3. Профилактические медицинские осмотры и диспансеризация взрослого населения проводятся в медицинской организации, в которой граждане получают первичную медико-санитарную помощь, в том числе по

месту нахождения мобильных медицинских бригад таких медицинских организаций.

Работники и (или) обучающиеся образовательных организаций вправе проходить профилактические медицинские осмотры и (или) диспансеризацию в медицинской организации, к которой они не прикреплены для получения первичной медико-санитарной помощи и участвующей в реализации Территориальной программы ОМС, в том числе по месту нахождения мобильной медицинской бригады, организованной в структуре такой медицинской организации (включая место работы и учебы).

При необходимости для проведения медицинских исследований в рамках проведения профилактических медицинских осмотров и (или) диспансеризации, в том числе углубленной, могут привлекаться медицинские работники медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь.

5.2.4. Диспансеризация взрослого населения проводится один раз в три года гражданам в возрасте от 18 до 39 лет включительно и ежегодно в возрасте от 40 лет и старше и включает в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы исследования с учетом возраста и пола гражданина, проводимые в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения).

В целях выявления ранних признаков дислипидемии и формирования атеросклероза одновременно с прохождением профилактического медицинского осмотра или диспансеризации организуются однократное определение уровня липопротеина (а) в крови у всех пациентов в возрасте 18 - 40 лет и оценка липидного профиля (общий холестерин, холестерин липопротеинов высокой плотности, холестерин липопротеинов низкой плотности, холестерин липопротеинов очень низкой плотности, триглицериды) у пациентов в возрасте 18 - 39 лет - один раз в 6 лет, у пациентов в возрасте 40 лет и старше - один раз в три года.

Инвалиды Великой Отечественной войны, инвалиды боевых действий, участники Великой Отечественной войны, лица, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда», лица, награжденные знаком «Житель осажденного Севастополя», и лица, награжденные знаком «Житель осажденного Сталинграда», бывшие несовершеннолетние узники концлагерей, гетто, других мест принудительного содержания, созданных фашистами и их союзниками в период Второй мировой войны, ставшие инвалидами вследствие общего заболевания, трудового увечья или других причин (кроме лиц, инвалидность которых наступила вследствие их противоправных действий), проходят диспансеризацию ежегодно вне зависимости от возраста.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно в качестве самостоятельного мероприятия, в том числе в рамках диспансеризации или диспансерного наблюдения (при проведении первого в

текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации), в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки для пациентов рекомендаций, направленных на формирование здорового образа жизни и профилактику хронических неинфекционных заболеваний.

5.2.5. При формировании планов-графиков проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, привлечении прикрепленных к медицинским организациям граждан к прохождению профилактических медицинских осмотров и диспансеризации учитываются случаи прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, проведенных не в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, в том числе за счет средств работодателей, личных средств граждан и иных источников, установленных законодательством Российской Федерации. В этих целях организуется:

5.2.5.1. Взаимодействие с работодателями и иными заинтересованными органами и организациями, в том числе путем запроса соответствующих сведений или заключения соглашений об обмене информацией.

5.2.5.2. Обмен сведениями о прохождении гражданами профилактических медицинских осмотров, включая диспансеризацию, между медицинскими организациями государственной системы здравоохранения города Москвы и медицинскими организациями частной системы здравоохранения.

5.2.6. Условия и сроки проведения профилактических осмотров несовершеннолетних установлены приложением 18 к Территориальной программе.

5.2.7. В дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенной новой коронавирусной инфекции (COVID-19), подтвержденные методом полимеразной цепной реакции, в течение года после заболевания (COVID-19) проводится углубленная диспансеризация по перечню согласно приложению 15 к Территориальной программе.

Направление граждан нахождение углубленной диспансеризации, включая определение категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию, и определение категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке, осуществляется в порядке, утвержденном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Информирование граждан о возможности прохождения углубленной диспансеризации осуществляется с привлечением страховых медицинских организаций путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи

коротких текстовых sms-сообщений, рассылки ussd-сообщений и иных доступных средств связи (при наличии согласия гражданина).

Первый этап углубленной диспансеризации рекомендуется проводить в течение одного дня. Второй этап углубленной диспансеризации проводится в целях дополнительного обследования гражданина и уточнения диагноза заболевания (состояния). Медицинские организации организуют прохождение углубленной диспансеризации гражданином исходя из выполнения всех исследований и иных медицинских вмешательств углубленной диспансеризации в соответствии с приложением 15 к Территориальной программе.

По результатам проведения углубленной диспансеризации в случае выявления у гражданина хронических неинфекционных заболеваний, в том числе связанных с перенесенной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), гражданин в течение трех рабочих дней в установленном порядке направляется на дополнительные исследования, ставится на диспансерное наблюдение, при наличии медицинских показаний ему оказывается соответствующее лечение и медицинская реабилитация в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, а также осуществляется лекарственное обеспечение в соответствии с нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации и правовыми актами города Москвы.

5.2.8. Для взрослого населения репродуктивного возраста поэтапно в зависимости от возрастных групп, в том числе одновременно с прохождением профилактического осмотра или диспансеризации организуется проведение диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья, включающей исследования и иные медицинские вмешательства по перечню согласно приложению 16 к Территориальной программе.

5.2.9. Московский городской фонд обязательного медицинского страхования осуществляет сбор сведений о количестве лиц, прошедших профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию, углубленную диспансеризацию, диспансеризацию взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, результатах проведенных мероприятий и передает агрегированные сведения Федеральному фонду обязательного медицинского страхования в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.3. Посещение центров здоровья (центров медицины здорового долголетия)

Организация посещения центров здоровья (центров медицины здорового долголетия) в городе Москве осуществляется в соответствии с

нормативными правовыми актами Правительства Российской Федерации и правовыми актами города Москвы.

5.4. Профилактика онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта

5.4.1. Лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, проводятся в порядке, установленном Департаментом здравоохранения города Москвы, профилактические обследования в целях ранней диагностики заболеваний и состояний, являющихся факторами риска развития злокачественных новообразований, в целях профилактики развития онкологических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

5.4.2. Профилактические обследования включают в себя проведение в эндоскопических кабинетах эзофагогастродуоденоскопии или проведение с применением наркоза эзофагогастродуоденоскопии и колоноскопии в эндоскопических центрах эндоскопических исследований.

При выполнении эзофагогастродуоденоскопии выполняется экспресс-тест для определения *Helicobacter pylori*.

5.4.3. Гражданам в возрасте 42 - 54 лет, которые не выполняли эзофагогастродуоденоскопию более 2,5 лет, выполнение эзофагогастродуоденоскопии осуществляется в амбулаторно-поликлинических центрах медицинских организаций, к которым прикреплены пациенты для получения первичной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медицинской помощи.

5.4.4. Гражданам в возрасте 55 - 60 лет, которые не выполняли эзофагогастродуоденоскопию и фиброколоноскопию более 2,5 лет, выполнение эзофагогастродуоденоскопии и фиброколоноскопии осуществляется в эндоскопических центрах медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях, в соответствии с маршрутизацией таких пациентов, утвержденной Департаментом здравоохранения города Москвы.

5.5. Диспансерное наблюдение

5.5.1. Диспансерное наблюдение, в рамках которого осуществляется с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц проводится в порядке, утвержденном федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и правовыми актами Департамента здравоохранения города Москвы.

5.5.2. Медицинская организация, к которой прикреплен пациент для получения первичной медико-санитарной помощи, после получения информации о пациенте, нуждающемся в дальнейшем диспансерном наблюдении после оказания ему специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, организует пациенту соответствующее диспансерное наблюдение в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5.5.3. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в рамках диспансерного наблюдения информируют граждан, за которыми установлено диспансерное наблюдение, о рекомендуемых сроках явки на диспансерный прием (осмотр, консультацию) путем рассылки по сети подвижной радиотелефонной связи коротких текстовых sms-сообщений, а также путем направления в автоматизированном режиме уведомлений в личный кабинет гражданина на Портале государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, сформированных в автоматизированном режиме с использованием ЕМИАС на основе анализа медицинских данных пациента, или иных каналов, в том числе, при необходимости, с привлечением страховых медицинских организаций.

5.6. Медицинская помощь, оказываемая застрахованным лицам по ОМС в рамках Территориальной программы ОМС

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

5.6.1.1. Оказывается в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь и медицинская эвакуация (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, виды которой включены в раздел I приложения 9 к Территориальной программе, при заболеваниях и состояниях, указанных в разделе 4 Территориальной программы (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения).

5.6.1.2. Осуществляются профилактические мероприятия, включая диспансеризацию, диспансерное наблюдение при заболеваниях и состояниях,

указанных в разделе 4 Территориальной программы (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, вызванных вирусом иммунодефицита человека, синдрома приобретенного иммунодефицита, туберкулеза, психических расстройств и расстройств поведения), профилактические медицинские осмотры отдельных категорий граждан, указанных в разделе 4 Территориальной программы, мероприятия по медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях, а при невозможности проведения медицинской реабилитации в медицинской организации мероприятия по медицинской реабилитации осуществляются вне медицинской организации - на дому или выездными медицинскими бригадами, осуществляются мероприятия по проведению заместительной почечной терапии, мероприятия по применению вспомогательных репродуктивных технологий (в том числе экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.6.1.3. Осуществляется определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, проводится лабораторная диагностика для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С).

5.6.1.4. Проводятся профилактические медицинские осмотры (обследования) несовершеннолетних в целях получения разрешений для занятий физической культурой и спортом, в том числе оздоровительными мероприятиями, оформляемых в виде справок об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для таких занятий, а также при поступлении в образовательные организации и в период обучения и воспитания в них.

5.6.1.5. Осуществляется оформление и выдача справок об отсутствии (наличии) медицинских противопоказаний для занятий физической культурой, в том числе оздоровительными мероприятиями, отдельным категориям граждан, указанным в разделе 4 Территориальной программы, по результатам проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров.

5.6.1.6. Организуется проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5.6.1.7. Осуществляется оказание медицинской помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе школ сахарного диабета, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания.

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

5.6.1.9. Проводится беременным женщинам, имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка, включая неинвазивное пренатальное тестирование (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери).

5.6.1.10. Проводится женщинам, имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов на моногенные заболевания (ПГТ-М) и преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов на структурные перестройки (ПГТ-СП).

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

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

5.6.3. В случае выявления у граждан из числа лиц, застрахованных по ОМС, в течение одного года после прохождения диспансеризации заболевания, которое могло быть выявлено в рамках проведения диспансеризации, страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве, проводит в отношении диспансеризации, в рамках проведения которой не было выявлено заболевание, медико-экономическую экспертизу, а при необходимости - экспертизу качества медицинской помощи в порядке, утвержденном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, с направлением результатов указанных экспертиз в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по контролю и надзору в

сфере здравоохранения, для рассмотрения и принятия мер реагирования в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.6.4. В рамках Территориальной программы ОМС застрахованным лицам по ОМС в городе Москве:

5.6.4.1. Оказывается при злокачественных новообразованиях высокотехнологичная медицинская помощь в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (приложение 10 к Территориальной программе) в медицинских организациях, указанных в разделе 1 приложения 11 к Территориальной программе.

5.6.4.2. Осуществляется в условиях дневного стационара и стационарных условиях лечение онкологических заболеваний, преобладающих в структуре заболеваемости в городе Москве, с обеспечением лекарственными препаратами, предусмотренными схемой лечения, определенной в соответствии с клинической рекомендацией (медицинской методологией) лечения онкологического заболевания.

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

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

5.6.4.5. Проводится углубленная диспансеризация гражданам, переболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), включая случаи заболеваний, когда отсутствует подтверждение перенесенной коронавирусной инфекции (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции, в течение года после перенесенного заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

5.6.4.6. Осуществляется лечение бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, в том числе экстракорпорального оплодотворения, по направлениям лечащих врачей медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю «акушерство и гинекология» (женских консультаций,

центров женского здоровья), в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

5.6.4.7. Проводится беременным женщинам в медицинских организациях, указанных в разделе 2 приложения 11 к Территориальной программе, пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка, не установленная базовой программой обязательного медицинского страхования, по перечню услуг такой диагностики, утвержденному Тарифным соглашением на оплату медицинской помощи, оказываемой по Территориальной программе ОМС (далее - Тарифное соглашение).

5.6.4.8. Проводится женщинам, имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, в медицинских организациях, указанных в разделе 3 приложения 11 к Территориальной программе, преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов на анеуплоидии (ПГТ-А), не установленное базовой программой обязательного медицинского страхования.

5.6.4.9. Проводится женщинам, имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, скрининговое обследование на уровень антимюллерова гормона крови.

5.6.4.10. Проводится заместительная почечная терапия по направлению, составленному по форме, утвержденной федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения, и выданному лечащим врачом медицинской организации, выбранной застрахованным лицом в соответствии с частью 2 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», на основании заключения Московского городского научно-практического центра нефрологии и патологии трансплантированной почки в пределах объемов медицинской помощи, установленных Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

5.6.4.11. Оказывается в медицинских организациях, участвующих в реализации Территориальной программы ОМС, медицинская помощь лицам, инфицированным вирусом гепатита С, в амбулаторных условиях, условиях дневного стационара и стационарных условиях.

Лекарственное обеспечение противовирусными препаратами осуществляется в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями и критериями оказания медицинской помощи больным с гепатитом С вне зависимости от наличия и степени выраженности фиброза печени (за исключением случаев обеспечения лекарственными препаратами лиц, инфицированных вирусом

иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусом гепатита С, централизованнокупаемыми федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения).

В случаях, установленных клиническими рекомендациями, по медицинским показаниям медицинские организации могут организовать предоставление лекарственных препаратов для лечения гепатита С для их приема пациентами на дому. В этом случае прием врача может проводиться с использованием телемедицинских технологий, а очное пребывание пациента в условиях дневного стационара должно составлять не менее двух дней, включая день госпитализации и день выписки.

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

5.8. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

5.8.1. Порядок формирования и структура тарифа на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - тарифы на оплату медицинской помощи) устанавливаются в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

5.8.2. Тарифы на оплату медицинской помощи устанавливаются Тарифным соглашением между Департаментом здравоохранения города Москвы, Московским городским фондом обязательного медицинского страхования, страховыми медицинскими организациями, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», Профессиональным союзом медицинских работников города Москвы, представители которых включены в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

5.8.3. 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.

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

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

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

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

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

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

5.8.6. Тарифы на оплату медицинской помощи детям, оказываемой с использованием пэгаспаргазы и иных лекарственных препаратов, ранее централизованно закупаемых по отдельным решениям Правительства Российской Федерации, осуществляемой при наличии медицинских показаний и по решению городского консилиума по профилю «детская онкология» Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы», устанавливаются отдельно Тарифным соглашением при формировании тарифов на оплату специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, оказываемой детям, страдающим онкологическими заболеваниями.

5.9. Правила и способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по ОМС

5.9.1. 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:

5.9.1.1. 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 скintiграфических 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.

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

5.9.1.2.1. Медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию за пределами субъекта Российской Федерации.

5.9.1.2.2. 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.

5.9.1.2.3. 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.

5.9.1.2.4. Отдельных медицинских услуг, не учитываемых в подушевом нормативе финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

5.9.1.2.5. Медицинской помощи, оказанной в женских консультациях, центрах женского здоровья, центрах амбулаторной онкологической помощи, специализированных центрах компетенции (нефрологических, ревматологических и других специализированных центрах).

5.9.1.2.6. Проведения школ беременных и по вопросам грудного вскармливания.

5.9.1.2.7. Медицинской помощи, оказанной в медицинской организации по направлению лечащего врача медицинской организации, к которой прикреплен пациент.

5.9.1.2.8. 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).

5.9.1.3. За единицу объема медицинской помощи - за комплексное посещение при оплате медицинской помощи:

5.9.1.3.1. При проведении углубленной диспансеризации.

5.9.1.3.2. При проведении медицинской реабилитации.

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

5.9.1.4.1. За комплексное посещение, сложившееся по единичным услугам, выполненным в рамках диспансерного наблюдения в части онкологических заболеваний при выполнении стандартов наблюдения.

5.9.1.4.2. За комплексное посещение по диспансерному наблюдению при сахарном диабете.

5.9.1.4.3. За комплексное посещение по диспансерному наблюдению в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы.

5.9.1.5. При диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья в следующем порядке:

5.9.1.5.1. За медицинскую услугу при посещении врача-специалиста с оценкой репродуктивного здоровья мужчин.

5.9.1.5.2. За комплексное посещение при оценке репродуктивного здоровья женщин.

5.9.1.6. 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).

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

5.9.2.1. По подушевому нормативу финансирования по профилю «стоматология» на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

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

5.9.2.2.1. Лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации.

5.9.2.2.2. Лицам, не прикрепленным к медицинским организациям, в которых применяется способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

5.9.2.2.3. В медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц.

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

5.9.3.1. За законченный случай или прерванный случай лечения заболевания (пункт 5.9.7 Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний.

5.9.3.2. За законченный случай при оказании высокотехнологичной медицинской помощи.

5.9.3.3. За проведение заместительной почечной терапии (в том числе в сочетании с оплатой за оказание высокотехнологичной медицинской помощи).

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

5.9.4.1. За законченный случай лечения (в том числе при завершении продолжительности лечения до трех дней) или прерванный случай лечения заболевания (пункт 5.9.7 Территориальной программы), включенного в соответствующую группу заболеваний, в том числе в сочетании с оплатой за оказание заместительной почечной терапии.

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

5.9.5. 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:

5.9.5.1. По подушевому нормативу финансирования.

5.9.5.2. 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).

5.9.6. При проведении профилактического медицинского осмотра, диспансеризации могут учитываться результаты ранее проведенных (не позднее одного года) медицинских осмотров, диспансеризации, подтвержденные медицинскими документами гражданина, за исключением случаев выявления у него симптомов и синдромов заболеваний, свидетельствующих о наличии медицинских показаний для повторного проведения исследований и иных медицинских мероприятий в рамках профилактического медицинского осмотра и диспансеризации. В этом случае стоимость такого профилактического медицинского осмотра или диспансеризации уменьшается на стоимость ранее проведенных медицинских вмешательств.

5.9.7. 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 и 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.

5.9.8. Формирование перечней медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по направлениям других медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц и участвующих в горизонтальных расчетах, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, не участвующих в

горизонтальных расчетах, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации, медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по профилю «стоматология» за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, осуществляется Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы и утверждается Тарифным соглашением.

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

помощь в стационарных условиях, включенными в перечень, утверждаемый Департаментом здравоохранения города Москвы.

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

5.9.10. При маршрутизации пациентов, осуществляемой в соответствии с пунктом 2.2.3 Территориальной программы, первичная специализированная медико-санитарная помощь в плановой форме оплачивается за счет средств обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения горизонтальных расчетов, при наличии направления в другие медицинские организации для получения таких медицинских услуг (за исключением медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оказываемой в женских консультациях, центрах женского здоровья и медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», оказываемой по месту прикрепления).

5.9.11. Оплата оказания высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования медицинским организациям, указанным в разделе 1 приложения 11 к Территориальной программе, за проведение женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, пренатальной (дородовой) диагностики нарушений развития ребенка, не установленной базовой программой обязательного медицинского страхования, медицинским организациям, указанным в разделе 2 приложения 11 к Территориальной программе, за проведение женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, имеющим прикрепление к женским консультациям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, преимплантационного генетического тестирования эмбрионов на анеуплоидии (ПГТ-А), медицинским организациям, указанным в разделе 3 приложения 11 к Территориальной программе, осуществляется на основании соответствующих договоров, заключаемых между Московским городским фондом обязательного медицинского страхования и указанными медицинскими организациями.

5.9.12. Оплата медицинской помощи, оказанной в рамках проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья), диспансерного наблюдения (за исключением диспансерного наблюдения пациентов с онкологическими заболеваниями и сахарным диабетом, диспансерного наблюдения, проведенного в соответствии со стандартами (алгоритмами), утвержденными Департаментом здравоохранения города Москвы (комплексные посещения)), осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц.

5.9.13. При оплате медицинской помощи не допускается:

5.9.13.1. Направление средств, выделенных медицинской организации на оплату скорой медицинской помощи, на оплату расходов в целях оказания иных видов медицинской помощи.

5.9.13.2. Направление на оплату содержания неиспользуемого коечного фонда средств обязательного медицинского страхования (за исключением простоя коек, связанного с проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий, а также расходов, связанных с оплатой труда медицинских работников, приобретением лекарственных средств (за исключением утилизированных лекарственных препаратов с истекшим сроком годности), расходных материалов, продуктов питания (за исключением списанных продуктов питания (испорченных, с истекшим сроком хранения и иного) и иных прямых расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинской помощи пациентам в стационарных условиях).

5.9.13.3. Оплата случая лечения с проведением противоопухолевой терапии за счет средств обязательного медицинского страхования с использованием отдельных схем противоопухолевой лекарственной терапии, назначенных по решению консилиума врачей, без получения результата молекулярно-генетических и (или) иммуногистохимических исследований до назначения таких схем.

5.10. Правила распределения объемов медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС

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

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

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

5.10.4. Страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в городе Москве, проводят экспертизу качества всех случаев проведения экстракорпорального оплодотворения, осуществленных в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включая оценку его эффективности (факт наступления беременности). Результаты экспертиз направляются страховыми медицинскими организациями в соответствующие территориальные фонды обязательного медицинского страхования. Указанные результаты рассматриваются Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы при решении вопросов о распределении медицинским организациям объемов медицинской помощи по проведению экстракорпорального оплодотворения.

5.10.5. Территориальная программа ОМС включает нормативы объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по ОМС (в соответствии с приложением 2 к Территориальной программе), нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (в том числе по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи) и нормативы финансового обеспечения Территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо по ОМС (в соответствии с приложением 2 к Территориальной программе), порядок и условия предоставления медицинской помощи (в соответствии с разделом 2 Территориальной программы), критерии доступности и качества медицинской помощи (в соответствии с разделом 9 Территориальной программы).

5.10.6. Федеральные медицинские организации в соответствии с Территориальной программой ОМС оказывают первичную медико-

санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь застрахованным лицам по ОМС при возникновении потребности у города Москвы в медицинской помощи, оказываемой федеральными медицинскими организациями, и при условии распределения таким медицинским организациям объемов медицинской помощи решением Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы в соответствии с частью 10 статьи 36 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Направление граждан в федеральные медицинские организации осуществляется в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5.10.7. В целях оказания специализированной медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС застрахованным лицам по ОМС Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы устанавливает планируемые объемы специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в разрезе профилей медицинской помощи.

5.11. Условия расходования медицинскими организациями остатков средств обязательного медицинского страхования

5.11.1. После завершения участия медицинской организации в реализации Территориальной программы ОМС на соответствующий год и исполнения медицинской организацией всех обязательств по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования допускается использование медицинской организацией остатков средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 5.11.2 Территориальной программы, по следующим направлениям расходования:

5.11.1.1. На приобретение медицинского оборудования и (или) запасных частей к нему стоимостью свыше одного миллиона рублей, оборудования, не относящегося к медицинскому оборудованию, и (или) запасных частей к нему, производственного и хозяйственного инвентаря стоимостью свыше 400 тыс. рублей.

5.11.1.2. На арендную плату за предоставление оборудования в целях оказания медицинской помощи, в том числе на уплату лизинговых платежей по договорам финансовой аренды (лизинга), предусматривающих переход права собственности такого оборудования лизингополучателю, а также

выкуп предмета лизинга в соответствии со статьей 624 Гражданского кодекса Российской Федерации с размером выкупного платежа свыше одного миллиона рублей в год за один предмет лизинга.

5.11.1.3. На приобретение серверного оборудования, предназначенного для работы медицинских информационных систем, получения, сбора, хранения и отображения широкого спектра медицинских изображений в электронной форме, видеоданных (неспециализированных) и для распределения данных в рамках одной медицинской организации или между ними для анализа, организации, отчета и совместного использования данных, стоимостью свыше 400 тыс. рублей.

5.11.2. Условиями расходования медицинскими организациями остатков средств обязательного медицинского страхования, полученных за оказанную медицинскую помощь, являются:

5.11.2.1. Отсутствие у медицинской организации просроченной кредиторской задолженности, в том числе по оплате труда, начислениям на выплаты по оплате труда на дату заключения соответствующего договора на приобретение оборудования и (или) запасных частей к нему либо договора аренды, в том числе договора финансовой аренды (лизинга), по направлениям, предусмотренным пунктом 5.11.1 Территориальной программы.

5.11.2.2. Наличие комиссионного решения медицинской организации, оформленного протоколом:

5.11.2.2.1. О потребности медицинской организации в приобретаемом (арендуемом) оборудовании, указанном в пунктах 5.11.1.1 и 5.11.1.2 Территориальной программы, в соответствии со стандартами оснащения медицинских организаций (их структурных подразделений), предусмотренными положениями об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи, порядками организации медицинской реабилитации либо правилами проведения лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных видов диагностических исследований, утвержденными федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

5.11.2.2.2. О соответствии назначения приобретаемого (арендуемого) оборудования, указанного в пунктах 5.11.1.1 и 5.11.1.2 Территориальной программы, целям оказания медицинской помощи по формам, видам и профилям медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках Территориальной программы ОМС.

5.11.2.2.3. О потребности медицинской организации в приобретаемом серверном оборудовании в случае принятия решения о расходовании средств по направлению, указанному в пункте 5.11.1.3 Территориальной программы.

5.11.3. Размер расходования средств по направлениям, указанным в пункте 5.11.1 Территориальной программы, определяется учредителем медицинской организации.

5.11.4. Средства нормированного страхового запаса Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренные на дополнительное финансовое обеспечение реализации Территориальной программы ОМС, а также на оплату медицинской помощи, оказанной в городе Москве лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в другом субъекте Российской Федерации, могут направляться по решению Комиссии медицинским организациям на возмещение расходов за оказанную медицинскую помощь по видам и условиям ее оказания в части объемов медицинской помощи, превышающих установленные им Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы.

6. Финансовое обеспечение Территориальной программы

6.1. Медицинская помощь в рамках Территориальной программы оказывается за счет средств федерального бюджета, средств бюджета города Москвы, выделяемых на финансовое обеспечение реализации Территориальной программы, средств обязательного медицинского страхования.

6.2. Источниками финансового обеспечения реализации Территориальной программы ОМС являются предоставляемые бюджету Московского городского фонда обязательного медицинского страхования:

6.2.1. Межбюджетный трансферт из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования в городе Москве, включая финансовое обеспечение Территориальной программы ОМС в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

6.2.2. Межбюджетный трансферт из бюджета города Москвы на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, за счет которого осуществляется:

6.2.2.1. Оказание в медицинских организациях, указанных в разделе 1 приложения 11 к Территориальной программе, высокотехнологичной медицинской помощи в дополнение к базовой программе обязательного медицинского страхования (приложение 9 к Территориальной программе).

6.2.2.2. Проведение в медицинских организациях, указанных в разделе 2 приложения 11 к Территориальной программе, беременным женщинам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в городе