



Памятка для частных медицинских организаций (МО)

Межтерриториальные расчёты в системе ОМС: порядок оплаты медицинской помощи иногородним застрахованным лицам



1. Общее правило:

В соответствии с разделом IX Правил обязательного медицинского страхования (утв. приказом Минздрава России от 21.08.2025 № 496н) территориальный фонд ОМС по месту оказания помощи производит оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории иного субъекта РФ. Оплата осуществляется по тарифам, установленным для медицинской организации, которая фактически оказала помощь, с учётом результатов контроля объёмов, сроков, качества и условий.



2. Откуда берутся тарифы?

Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС устанавливаются тарифным соглашением.

Соглашение заключается Комиссией субъекта РФ, в состав которой входят: орган исполнительной власти, территориальный фонд ОМС, страховые медицинские организации, медицинские профсоюзы и др. (ч. 2 ст. 30 Федерального закона № 326-ФЗ).



3. Из чего складывается тариф для конкретной МО?

Тариф рассчитывается индивидуально для каждой медицинской организации и включает:

- средний размер финансового обеспечения на одно застрахованное лицо;
- базовую ставку (стоимость законченного случая лечения по клинико-статистической группе – КСГ);
- коэффициенты: дифференциации, достижения целевых показателей по зарплате, специфики, сложности лечения пациента, уровня оказания помощи и др.



4. Важное ограничение для частных МО:

Комиссия субъекта РФ не наделена полномочиями устанавливать вышеуказанные коэффициенты для медицинских организаций, которые оказывают помощь исключительно лицам, застрахованным на территории других субъектов РФ (то есть не участвуют в оказании помощи местным застрахованным).

!!! Следствие: если частная МО не имеет в территориальной программе ОМС объёмов и тарифов для местных застрахованных, то для неё не могут быть определены тарифы и на межтерриториальные случаи.



5. Ключевой вывод:

Для того чтобы получать оплату за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам из других регионов, частная медицинская организация должна:

- участвовать в реализации территориальной программы ОМС субъекта РФ по месту своего нахождения;
- иметь установленные Комиссией объёмы медицинской помощи (в рамках территориальной программы);
- иметь тарифы на оплату, закреплённые в тарифном соглашении (с учётом всех индивидуальных коэффициентов).

!!! Если объёмы и тарифы для МО не установлены, то оказанная помощь оплате за счёт средств ОМС не подлежит.

Рекомендуем: при отсутствии таких объёмов и тарифов – воздержаться от оказания плановой ОМС-помощи пациентам из других регионов, так как средства возмещены не будут.

Памятка подготовлена Уполномоченным по защите прав предпринимателей в Томской области на основе анализа действующих нормативных актов (включая Приказ Минздрава России от 21.08.2025 № 496н и Федеральный закон № 326-ФЗ), действующих по состоянию на 2025 год. Рекомендуется сверять положения с актуальными редакциями документов.