

**Дополнительное соглашение №1
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
по реализации Московской областной программы
обязательного медицинского страхования на 2024 год**

г. Красногорск

06.03.2024

Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2024 год от 31.01.2024 г. (далее – Дополнительное соглашение) разработано и заключено в соответствии с пунктом 3.2 раздела V «Заключительные положения» Тарифного соглашения по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2024 год от 31.01.2024 г. (далее – Тарифное соглашение), между:

Министерством здравоохранения Московской области, в лице министра здравоохранения Московской области Сапанюка Алексея Ивановича,

Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Московской области, в лице директора Даниловой Людмилы Павловны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Суслоновой Нины Владимировны,

Ассоциацией «Врачебная Палата Московской области», в лице члена Правления Круглова Евгения Ефимовича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице заместителя директора по экономике ОМС Московской дирекции АО Страховая компания «СОГАЗ-МЕД» Алексеевой Юлии Анатольевны, именуемыми в дальнейшем Сторонами, о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения:

1.1. Словосочетания «летальный исход», «фельдшерский, фельдшерско-акушерский пункт» заменить на словосочетания «смерть пациента», «фельдшерский здравпункт, фельдшерско-акушерский пункт» соответственно.

1.2. Абзац 4 пункта 1. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«1 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-

генетических исследований и патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях, и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи.».

1.3. Абзац 10 пункта 1. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«- диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;».

1.4. Абзац 22 пункта 1. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «на оплату диспансерного наблюдения» дополнить словами «отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме».

1.5. Абзац 2 пункта 2.3 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов включает в себя также объем средств на оплату медицинской помощи в фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах в неотложной форме и оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому).».

1.6. Абзац 2 пункта 2.5 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «(далее – телемедицинские услуги)» дополнить словами «(за

исключением телемедицинских услуг, предоставленных при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому)».

1.7. Абзац 3 пункта 2.5 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «диспансерного наблюдения» дополнить словами «отдельных категорий граждан из числа взрослого населения,», после слов «обучающихся в образовательных организациях,» дополнить словами «а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме».

1.8. Абзац 8 пункта 2.5 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные в Приложении № 5 к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициент половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.».

1.9. Абзац 8 пункта 2.6 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«- на финансовое обеспечение диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме;».

1.10. Абзац 12 пункта 2.6 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Дифференцированные подушевые нормативы, установленные в Приложении № 5а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают рассчитанный для каждой медицинской организации коэффициент дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных

территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала, коэффициент половозрастного состава, коэффициентов уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, площади медицинской организации), коэффициентов достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренного "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.».

1.11. Дополнить пункт 2.15 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» следующими абзацами:

«Оплата медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 8 и 8а к Тарифному соглашению.

Оплата медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 8в и 8г к Тарифному соглашению.».

1.12. Абзац 2 пункта 2.18 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Оплата медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, включена в подушевое финансирование медицинской помощи (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому), оказываемой в амбулаторных условиях.».

1.13. Пункт 3.3.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Оплата случаев проведения лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) пациенту старше 18 лет оплачивается по следующему порядку:

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 4.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи».

Схема лекарственной терапии при наличии оснований считать случай прерванным в соответствии с пунктом 3.3.1. (в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии) оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.».

1.14. Дополнить пункт 3.7 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» абзацем следующего содержания:

«Если пациенту в момент оказания ВМП по профилям «неонатология» или «детская хирургия в период новорожденности» определяются показания к проведению иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной (РСВ) инфекции, то данный случай оплачивается по двум (нескольким) тарифам: в рамках ВМП по соответствующему нормативу (среднему нормативу) финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и по соответствующей КСГ в рамках специализированной медицинской помощи. Кратность применения КСГ «Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции» должна соответствовать количеству введений паливизумаба для проведения иммунизации за весь период госпитализации.».

1.15. Пункт 3.18. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«3.18. В рамках КСГ st36.012 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» выделяется подгруппа для оказания медицинской помощи взрослым пациентам в условиях круглосуточного стационара, предусматривающая лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного критерия «dlo».».

1.16. Пункт 3.27. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«3.27. В рамках КСГ st36.004 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» в целях реализации приоритетного проекта «Стационар: перезагрузка» выделяются следующие подгруппы с иным классификационным критерием «kkp1-4»:

Койки краткосрочного пребывания	
Код КСГ	Наименование КСГ
st36.004.3	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения

	здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Терапия», «kkr1»)
st36.004.4	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Травматология», «kkr2»)
st36.004.5	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Хирургия», «kkr3»)
st36.004.6	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения (Койки краткосрочного пребывания по профилю «Гинекология», «kkr4»)

Обязательным условием для оплаты медицинской помощи является оказание медицинской помощи по вышеперечисленным профилям на койках краткосрочного пребывания с длительностью лечения 3 дня и менее (не более 72 часов) и результатом госпитализации 101 «Выписан».

1.17. Дополнить Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» пунктом 3.29. следующего содержания:

«3.29. Возмещение расходов медицинской организации, имеющей в своей структуре патолого-анатомическое отделение (в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС), на проведение патолого-анатомических вскрытий осуществляются в рамках оплаты прерванного случая госпитализации по соответствующей КСГ.

При проведении патолого-анатомических вскрытий пациентов, умерших в стационаре медицинских организаций, в которых отсутствует патолого-анатомическое отделение, оплата патолого-анатомических вскрытий осуществляется по тарифу для проведения межучрежденческих взаиморасчетов (Приложение 6б, код услуги A08.30.019).».

1.18. Абзацы 8-11 пункта 4.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацами следующего содержания:

«Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей) у пациентов в возрасте 18 лет и старше:

В случае снижения дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличения интервала между введениями по сравнению с предусмотренными в описании схемы лекарственной терапии при соблюдении следующих условий, отраженных в первичной медицинской документации (общее количество дней введения должно точно соответствовать количеству дней введения, предусмотренному в описании схемы лекарственной терапии) схема лекарственной терапии считается

выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктами 3.3.1., 5.3.1.):

- снижение дозы произведено согласно инструкции по применению к химиотерапевтическому препарату или в соответствии с клиническими рекомендациями, в том числе в связи усилением токсических реакций или с тяжестью состояния пациента;

- возможность смещения интервала между введениями предусмотрена клиническими рекомендациями, либо необходимость смещения возникла в связи с медицинскими противопоказаниями к введению препаратов в день, указанный в описании схемы.

Для остальных случаев (в том числе случаев проведения лекарственной терапии, при которых снижение дозы химиотерапевтических препаратов и/или увеличение интервала между введениями произведено по другим причинам) классификационным критерием отнесения к КСГ служит схема sh9003 «Прочие схемы лекарственной терапии», а случай считается законченным и оплачивается в полном объеме, если он не является прерванным по основаниям, изложенным в подпунктах 1 – 6 пунктов 3.3.1., 5.3.1.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктами 3.3.1., 5.3.1.) при проведении лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии.

Случаи, в ходе которых лекарственная терапия проведена в полном объеме, предусмотренном соответствующей схемой лекарственной терапии, оплачиваются по соответствующей КСГ в полном объеме независимо от наличия иных оснований считать случай лечения прерванным.

При назначении схем противоопухолевой лекарственной терапии с применением лекарственных препаратов, указанных в Приложении № 16, для лечения отдельных нозологий, необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований (с получением определенных результатов проведенных исследований до назначения схемы противоопухолевой лекарственной терапии).

Данные случаи в обязательном порядке подлежат дальнейшим контрольно-экспертным мероприятиям.

1.19. Дополнить пункт 4.4 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» абзацем следующего содержания:

«Учет сведений о схемах сопроводительной лекарственной терапии в рамках случая лечения, оплата которой осуществляется с использованием КСЛП «проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных

новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями», обеспечивается путем отражения соответствующего кода схемы в поле «CRIT» реестра счетов на оплату медицинской помощи. Коды схем сопроводительной лекарственной терапии представлены в Приложении 9б, 11б к настоящим рекомендациям.».

1.20. В пункте 4.5 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» слова «ds36.030 - ds36.034», заменить словами «ds36.031 - ds36.034».

1.21. Дополнить Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» пунктом 4.6. следующего содержания:

«4.6. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении хронических вирусных гепатитов С и В с дельта агентом (D).

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе, при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктом 5.3.1.) в случае проведения лечения в полном соответствии с описанием схемы лекарственной терапии.».

1.22. Дополнить Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» пунктом 4.7. следующего содержания:

«4.7. Порядок определения полноты выполнения схемы лекарственной терапии при лечении с применением генно-инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов.

Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме, в том числе при длительности лечения 3 дня и менее, если она выполнена в полном соответствии с описанием одной из схем лекарственной терапии (в том числе при соблюдении количества дней введения в тарифе), а также при отсутствии оснований считать случай прерванным по иным основаниям, предусмотренным пунктами 3.3.1., 5.3.1.».

1.23. Пункт 5.1 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара,» дополнить словами «в том числе оказывающих процедуру ЭКО,».

1.24. Абзац 1 пункта 5.3.1. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацами следующего содержания:

«Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи, в том числе:

- 1 - в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2 - в случаях прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3 - в случаях изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар;

4 - в случаях перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5 - в случаях прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения;

6 - в случаях лечения, закончившихся смертью пациента (летальным исходом);

7 - в случаях оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, по объективным причинам, в том числе в случае прерывания лечения при возникновении абсолютных противопоказаний к продолжению лечения, не купируемых при проведении симптоматического лечения;

8 - в случаях выписки пациента до истечения 3-х дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением законченных случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно, указанным в приложении № 11в к Тарифному соглашению;

9 - лечения хронического вирусного гепатита В и С по КСГ ds12.016- ds12.021 с длительностью лечения менее количества дней, определенных приложением № 11а к Тарифному соглашению.».

1.25. Абзацы 2-5 пункта 5.3.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацами следующего содержания:

«Схема лекарственной терапии считается выполненной полностью и оплачивается в полном объеме при соблюдении условий, предусмотренных пунктом 4.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи».

Схема лекарственной терапии при наличии оснований считать случай прерванным в соответствии с пунктом 5.3.1. (в случае проведения лечения в полном соответствии с одной из схем лекарственной терапии) оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее – 30% от стоимости КСГ;
- при длительности свыше 3 дней, но менее длительности, предусмотренной схемой лечения, – 50% от стоимости КСГ.».

1.26. Пункт 5.8.1. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита С осуществляется по клинко-статистическим подгруппам на основании иного классификационного критерия «thc», отражающего применение определенной схемы лекарственной терапии в рамках случая противовирусного лечения с учетом утвержденных Методических рекомендаций по скринингу, диагностике и лечению пациентов с хроническим вирусным гепатитом С (ХВГС) в Московской области.

Случаи пересечения лекарственной терапии ХВГС в условиях дневного стационара с круглосуточным стационаром подлежат оплате в случаях непрерывания лечения ХВГС (лекарственная терапия ХВГС не входит в стоимость КСГ круглосуточного стационара).

Коэффициенты затратоемкости для КСГ приведены в расчете на усредненные затраты исходя из установленной длительности лекарственной терапии 28 дней.

Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

При этом подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.».

1.27. Пункт 5.8.2. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита В без дельта агента (далее – ХВГВ) осуществляется в рамках КСГ ds12.020 «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия» при назначении противовирусной терапии лекарственными препаратами группы нуклеоз(т)идов (A25.14.008.002 - Назначение нуклеозидов и нуклеотидов - ингибиторов обратной транскриптазы при хроническом вирусном гепатите В) с установленной длительностью одной госпитализации 30 дней.

В рамках КСГ ds12.020 «Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия» выделяются подгруппы, связанные с назначением лекарственной терапии при лечении хронического вирусного гепатита В без дельта агента.

Отнесение к подгруппам случаев применения лекарственной терапии при хроническом вирусном гепатите В осуществляется на основании МНН лекарственного препарата согласно таблице:

Код КСГ	Наименование КСГ	МНН лекарственного препарата
ds12.020.1	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Энтекавир")	Энтекавир
ds12.020.2	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Тенофовир")	Тенофовир

Код КСГ	Наименование КСГ	МНН лекарственного препарата
ds12.020.3	Вирусный гепатит В хронический без дельта агента, лекарственная терапия (МНН "Тенофовира алафенамид")	Тенофовира алафенамид

».

1.28. Дополнить Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» пунктом 5.8.3. следующего содержания:

«5.8.3. Оплата случаев лекарственной терапии по поводу хронического вирусного гепатита В с дельта агентом (далее - ХВГД) осуществляется по клинко-статистическим подгруппам на основании иного классификационного критерия «thbd», отражающего применение одной из схем лекарственной терапии при оказании медицинской помощи при данном заболевании.

Коэффициенты затратоемкости для КСГ приведены в расчете на усредненные затраты, исходя из установленной длительности лекарственной терапии 30 дней.

Длительность терапии определяется инструкцией к лекарственному препарату и клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи.

При этом подача счетов на оплату медицинской помощи оказанной в рамках случая лекарственной терапии возможна со следующего дня после окончания установленной длительности одного случая госпитализации.».

1.29. Абзац 2 пункта 5.9 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара,» дополнить словами «в том числе оказывающих процедуру ЭКО,».

1.30. Пункт 5.14. Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«5.14. В рамках КСГ ds36.006 «Злокачественное новообразование без специального противоопухолевого лечения» выделяется подгруппа для оказания медицинской помощи взрослым пациентам в условиях круглосуточного стационара, предусматривающая лечение лиц со злокачественными новообразованиями (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), с применением лекарственных препаратов, полученных за счет бюджетных ассигнований регионального бюджета, а также иных источников за исключением средств ОМС, которая подлежит оплате при указании иного классификационного критерия «dlo».».

1.31. Абзац 3 пункта 6.3 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

«Дифференцированные подушевые нормативы финансирования, установленные в Приложении № 13а к Тарифному соглашению, рассчитаны для медицинских организаций и учитывают коэффициент половозрастного состава, коэффициент уровня расходов медицинских организаций (особенности плотности

населения, транспортной доступности, климатических и географических особенностей, размер медицинской организации), коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных "дорожными картами" развития здравоохранения в субъекте Российской Федерации.».

1.32. Пункт 1 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» дополнить абзацами следующего содержания:

«Финансовое обеспечение проведения доабортного консультирование беременных женщин, включая консультацию психолога, в целях профилактики прерывания беременности, осуществляемое в соответствии с порядком от 20 октября 2020г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», оплачивается за счет средств ОМС как профилактическое посещение к акушеру-гинекологу.

Медико-психологическое консультирование медицинскими психологами женщин в период беременности, родов и послеродовой период по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую Программу ОМС, оплачивается за счет средств ОМС.

Финансовое обеспечение расходов на правовую, психологическую и медико-социальную помощь беременным женщинам осуществляется за счет средств родовых сертификатов.»

1.33. Пункта 2.3 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«2.3. Коэффициенты, применяемые для расчета фактических дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи, установлены Приложением № 5 к Тарифному соглашению.».

1.34. В пункте 2.4 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «бе,» исключить.

1.35. Пункта 2.5 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«2.5. Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, включая тарифы на исследования и иные медицинские вмешательства, проводимые в рамках диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, применяемые в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, устанавливаются Приложениями № 8, № 8а, № 8б, № 8в и № 8г к Тарифному соглашению.».

1.36. В пункте 2.8 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «специфики и коэффициенты уровня медицинской организации,» исключить.

1.37. В пункте 3.3 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «составляет 8 059,87 руб.», заменить словами «составляет 6 931,57 руб.».

1.38. В пункте 4.3 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «составляет 2 063,31 руб.», заменить словами «составляет 1 805,84 руб.».

1.39. В пункте 5.4 Раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» слова «специфики и коэффициенты уровня медицинской организации,» исключить.

1.40. Абзац 10 пункта 5 Раздела V «Заключительные положения» после слов «оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара,» дополнить словами «в том числе оказывающих процедуру ЭКО.».

1.41. В абзаце 13 пункта 5 Раздела V «Заключительные положения» слово «дифференциации» исключить.

1.42. В абзаце 14 пункта 5 Раздела V «Заключительные положения» слово «дифференциации» исключить.

1.43. Из пункта 5 Раздела V «Заключительные положения» исключить Приложение № 6е. Тарифы на медицинские услуги, связанные с применением телемедицинских технологий и оказываемые амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

1.44. В пункте 5 Раздела V «Заключительные положения» в названии Приложения № 13а. слово «специфики» исключить.

1.45. Пункт 5 Раздела V «Заключительные положения» дополнить следующими приложениями:

Приложение № 8в. Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

Приложение № 8г. Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, проводимых мобильными медицинскими бригадами (мобильными комплексами).

1.46. Пункт 5 Раздела V «Заключительные положения» дополнить Приложением № 16. Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований.

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

2.1. Приложение № 1б «Перечень медицинских организаций, не имеющих

прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.2. Приложение № 1д «Перечень фельдшерских здравпунктов и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.3. Приложение № 2а «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней медицинских организаций» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.4. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, в том числе оказывающих процедуру ЭКО» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.5. Приложение № 5 «Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.6. Приложение № 5а «Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (по всем видам и условиям оказания)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.7. Приложение № 6б «Тарифы на проведение диагностических (лабораторных исследований), оказываемых в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.8. Приложение № 6в «Тарифы на комплексные медицинские услуги, оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.9. Приложение № 8 «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.10. Приложение № 8а «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, проводимых мобильными медицинскими бригадами (мобильными комплексами)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.11. Приложение № 8б «Тарифы на оплату медицинской помощи в рамках мероприятий по углубленной диспансеризации отдельных категорий граждан, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.12. Приложение № 8в «Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 12 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.13. Приложение № 8г «Тарифы на проведение диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, проводимых мобильными медицинскими бригадами (мобильными комплексами)» к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 13 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.14. Приложение № 9а «Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 14 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.15. Приложение № 9б «Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.16. Приложение № 9в «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата законченных случаев в полном объеме независимо от длительности лечения (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 16 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.17. Приложение № 9г «Группы КСГ, к которым не применяется коэффициент уровня оказания медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.18. Приложение № 9д «Проведение сочетанных хирургических вмешательств» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 18 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.19. Приложение № 11а «Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 19 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.20. Приложение № 11б «Коэффициенты сложности лечения пациентов, применяемые при расчете стоимости случая лечения заболевания, включенного в КСГ (Дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 20 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.21. Приложение № 11в «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 21 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.22. Приложение № 13а «Коэффициенты и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования скорой медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 22 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.23. Приложение № 15 «Показатели результативности деятельности медицинских организаций, а также критерии и методика оценки результативности 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)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению № 23 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.24. Приложение № 16 «Перечень лекарственных препаратов для проведения противоопухолевой лекарственной терапии, при назначении которых необходимо обязательное проведение молекулярно-генетических исследований» к Тарифному соглашению изложить в редакции согласно приложению 24 к настоящему Дополнительному соглашению.

3. Приложения № 1, № 2, № 3, № 4, № 5, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 12, № 13, № 14, № 15, № 16, № 17, № 18, № 19, № 20, № 21, № 22, № 23 и № 24 к настоящему Дополнительному соглашению являются его неотъемлемой частью.

4. Настоящее дополнительное соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие с 01 февраля 2024 года, за исключением пунктов 1.15., 1.17., 1.19., 1.21., 1.22., 1.24., 1.30., 1.46., 2.2., 2.7., 2.8., 2.11., 2.14., 2.15., 2.16., 2.17., 2.18., 2.19., 2.20., 2.21., 2.24., которые распространяют своё действие на правоотношения, возникшие с 01 марта 2024 года.

5. Настоящее дополнительное соглашение распространяется на всех участников обязательного медицинского страхования, реализующих Московскую областную программу обязательного медицинского страхования.

ПОДПИСИ СТРОН

Министр здравоохранения
Московской области



А.И. Сапанюк

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Московской области



Л.П. Данилова

Председатель Московской областной
организации профсоюза работников
здравоохранения Российской
Федерации



Н.В. Суслонova

Член Правления Ассоциации
«Врачебная Палата Московской
области»



Е.Е. Круглов

Заместитель директора по экономике
ОМС Московской дирекции АО
Страховая компания «СОГАЗ-МЕД»



Ю.А. Алексеева