

**Дополнительное соглашение №5  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
по реализации Московской областной программы  
обязательного медицинского страхования на 2021 год**

г. Красногорск

28.05.2021

Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2020 год от 30.12.2019 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 2021 год от 29.12.2020 (далее – Тарифное соглашение), между:

Министерством здравоохранения Московской области, в лице министра здравоохранения Московской области Стригунковой Светланы Анатольевны,

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

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице заведующей отделом социально-экономической защиты Полховой Ларисы Сергеевны,

Ассоциацией «Врачебная Палата Московской области», в лице Председателя Правления Лившица Сергея Анатольевича,

Страховыми медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, в лице и.о. директора дирекции медицинского страхования в Московской области Акционерного общества «МАКС-М» Дунаевой Ларисы Павловны,

именуемыми в дальнейшем Сторонами, о нижеследующем:

1. Внести в Тарифное соглашение следующие изменения:

1.1. пункт 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацами следующего содержания:

«2.6. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение услуг маммографии, флюорографии, услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (далее – исследование на ВПЧ), услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач), за описание и интерпретацию рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, диспансеризации второго этапа по профилям медицинской помощи Терапия»,

«Педиатрия», «Неврология», «Хирургия», «Детская хирургия», «Общая врачебная практика» и «Лечебное дело», комплексных мероприятий по диспансеризации и комплексных мероприятий по профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий граждан.

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь, в реестре счетов в поле «МСОД OUT» указывает код медицинской организации, выдавшей направление (или запросившей телемедицинскую консультацию).

В случае оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач) счет выставляется на оплату при условии, что случай зафиксирован в информационной системе в соответствии с Распоряжением № 53-Р «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области» (в редакции изменений).

***Порядок осуществления межучрежденческих расчетов в амбулаторных условиях.***

Дифференцированный подушевой норматив финансирования медицинских организаций включает в себя средства, направляемые на межучрежденческие расчеты.

Медицинским организациям, участвующим в межучрежденческих расчетах, для учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, прикрепленным к иным медицинским организациям, необходимо указывать код медицинской организации, выдавшей направление, номер и дату выдачи направления.

Оплата услуг, участвующих в межучрежденческих расчетах, за исключением телемедицинских услуг, услуг, связанных с описанием и интерпретацией рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, и услуг по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам, осуществляется при наличии направления от лечащего врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь, из средств подушевого финансирования медицинской организации, которую гражданин выбрал ранее для получения первичной медико-санитарной помощи. При этом в случае направления застрахованного лица, неприкрепленного ни к одной медицинской организации, оплата услуг осуществляется за счет общих средств направившей медицинской организации.

Межучрежденческие расчеты за оказание телемедицинских консультаций (А13.29.009.2а «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач) при нахождении пациента в амбулаторных условиях) при условии оказания консультаций по профилям «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия», «Детская хирургия», «Общая врачебная практика» и «Лечебное дело» осуществляются за счет средств подушевого финансирования

медицинской организации, которую гражданин выбрал ранее для получения первичной медико-санитарной помощи.

При оказании телемедицинских консультаций по иным профилям и нахождении пациента в амбулаторных условиях, а также при оказании услуг, связанных с описанием и интерпретацией рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, межучрежденческие расчеты осуществляются за счет средств направившей медицинской организации.

Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в Приложениях № 6б, 6ж, 8 и 8а к Тарифному соглашению.

***Порядок осуществления межучрежденческих расчетов, связанных с оказанием телемедицинских консультаций, при оказании услуг, связанных с описанием и интерпретацией рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, и услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР при нахождении пациента в условиях круглосуточного или дневного стационара.***

При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации, запросившей телемедицинскую консультацию, направившей биологический материал на молекулярно-биологическое исследование на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР или направившей рентгенографические изображения флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии на описание и интерпретацию уменьшается на объем средств, перечисляемых медицинской организации, оказывающей соответствующие услуги по тарифам, установленным Тарифным соглашением.

При этом при проведении контрольно-экспертных мероприятий случаи оказания телемедицинских услуг, услуг, связанных с описанием и интерпретацией рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, и услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, участвующих в межучрежденческих расчетах, и проведенные в амбулаторных условиях представляют собой консультации (медицинские услуги) в другой медицинской организации, и соответственно не являются основаниями для применения санкций в соответствии с п. 1.10.5 Перечня основания для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), являющегося приложением к приказу Минздрава России от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

1.2. Таблицу 2 пункта 5.8 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

Код	Наименование	Код диагноза МКБ-10	Иной классификационный критерий	Описание классификационного критерия
ds12.011.1	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.1)	B18.2	nif1	Назначение схемы лечения Софосбувир + элбасвир + grazoprevir
ds12.011.2	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.2)	B18.2	nif2	Назначение схемы лечения Пибрентасвир + гликапревир
ds12.011.3	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.3)	B18.2	nif3	Назначение схемы лечения Ледипасвир + софосбувир
ds12.011.4	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.4)	B18.2	nif4	Назначение схемы лечения Велпатасвир + софосбувир (+/-рибавирин)
		B18.2	nif5	Назначение схемы лечения Элбасвир + grazoprevir
		B18.2	nif6	Назначение схемы лечения Софосбувир + даклатасвир
ds12.011.5	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.5)	B18.2	nif8	Назначение схемы лечения Нарлапревир + даклатасвир + ритонавир
		B18.2	nif9	Назначение схемы лечения Нарлапревир + даклатасвир
ds12.011.6	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.6)	B18.2	nif10	Назначение схемы лечения Даклатасвир + асунапревир
ds12.011.7	Лечение хронического вирусного гепатита С (уровень 2.7)	B18.2	nif7	Назначение схемы лечения Дасабувир; Омбитасвир + Паритапревир + ритонавир

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

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

2.2. 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 2 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.3. Приложение № 2б «Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 3 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.4. 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 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.5 Приложение № 6ж «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые центрами амбулаторной онкологической помощи, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.6. Приложение № 9а «Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.7. Приложение № 9в «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.8. Приложение № 9и «Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ круглосуточного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 8 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.9. Приложение № 11а «Перечень КСГ/КПП и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПП (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.10. Приложение № 11б «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.11. 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 11 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.12. Приложением № 11д «Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.13. Приложение № 14 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 13 к настоящему Дополнительному соглашению.

3. Приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 и 13 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 июня 2021 года, за исключением пунктов 1.1 и 2.1 - 2.5, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01 мая 2021 года.

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

## ПОДПИСИ СТОРОН

Министр здравоохранения  
Московской области



С.А. Стригункова

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского  
страхования Московской области



Л.П. Данилова

Заведующая отделом социально-  
экономической защиты Московской  
областной организации профсоюза  
работников здравоохранения  
Российской Федерации



Л.С. Полхова

Председатель Правления Ассоциации  
«Врачебная Палата Московской  
области»



С.А. Лившиц

И.о. директора дирекции медицинского  
страхования в Московской области  
Акционерного общества «МАКС-М»



Л.П. Дунаева