

**Дополнительное соглашение №9  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
по реализации Московской областной программы  
обязательного медицинского страхования на 2021 год**

г. Красногорск

28.09.2021

Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению по реализации Московской областной программы обязательного медицинского страхования на 2021 год от 29.12.2020 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 председателя Суслоновой Нины Владимировны,

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

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. Семнадцатый абзац пункта 4 раздела I «Общие положения» заменить абзацем следующего содержания:

«Прерванный случай оказания медицинской помощи - случаи прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из

медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложениях 9в и 11в к Тарифному соглашению;»

1.2. Двадцать третий абзац пункта 1 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

«- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, приведенных в приложении 9в к Тарифному соглашению;»

1.3. Двадцать девятый абзац пункта 1 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

«- за прерванный случай оказания медицинской помощи в случаях прерывания лечения по медицинским показаниям, перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое, изменения условий оказания медицинской помощи пациенту с круглосуточного стационара на дневной стационар и с дневного стационара на круглосуточный стационар, 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, перевода пациента в другую медицинскую организацию, преждевременной выписки пациента из медицинской организации при его письменном отказе от дальнейшего лечения, летального исхода, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам

заболеваний, состояний, приведенных в приложении 11в к Тарифному соглашению;»

1.4. Второй абзац пункта 2.5 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

Подушевое финансирование медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, включает финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), посещений медицинских работников со средним образованием, ведущих самостоятельный амбулаторный прием (за исключением, финансового обеспечения фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов и оказания медицинской услуги В04.014.004 «Вакцинация от коронавирусной инфекции COVID-19 (введение вакцины)»), а также медицинской помощи, оказываемой врачами-специалистами по профилям «Терапия», «Педиатрия», «Неврология», «Хирургия», «Детская хирургия», «Общая врачебная практика» и «Лечебное дело», финансовое обеспечение диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации, оплачиваемой за единицу объема), профилактических медицинских осмотров отдельных категорий граждан, порядки проведения которых установлены нормативно-правовыми актами, услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека, услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по определению антител класса М и/или G (IgM и/или IgG) к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID-19) иммуноферментным методом, услуг маммографии, флюорографии, услуг за описание и интерпретацию рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, а также медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий (далее – телемедицинские услуги).

1.5. Пункт 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«2.6. Межучрежденческие расчеты осуществляются страховыми медицинскими организациями за проведение следующих услуг:

- при нахождении пациента исключительно в амбулаторных условиях: маммографии, флюорографии, услуг по молекулярно-биологическому исследованию отделяемого из цервикального канала на вирус папилломы человека (далее – исследование на ВПЧ), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач-пациент), 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.

- при нахождении пациента как в амбулаторных условиях, так и в условиях круглосуточного или дневного стационаров: услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, услуг по определению антител класса М и/или G (IgM и/или IgG) к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID-19) иммуноферментным методом, консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач), за описание и интерпретацию рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии.

При этом при проведении контрольно-экспертных мероприятий случаи оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач, услуг, связанных с описанием и интерпретацией рентгенографических изображений флюорографии легких, маммографии, компьютерной или магнитно-резонансной томографии, услуг по исследованию биологического материала на вирус гриппа, услуг по молекулярно-биологическому исследованию на коронавирусную инфекцию COVID-19 методом ПЦР, услуг по определению антител классов М и/или G (IgM и/или IgG) к коронавирусу SARS-CoV-2 (COVID-19) иммуноферментным методом, 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».

Медицинская организация, оказывающая медицинскую помощь, в реестре счетов в поле «МСОД ОУТ» указывает код медицинской организации, выдавшей направление (или запросившей телемедицинскую консультацию), номер и дату выдачи направления.

В случае оказания консультаций с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач-пациент) 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).

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

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

Страховые медицинские организации осуществляют оплату услуг на основании представленных реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи. При осуществлении окончательного расчета за медицинскую помощь сумма средств для медицинской организации-инициатора оказания медицинской помощи в другой медицинской организации, уменьшается на объем средств, перечисленных медицинской организации, в которой были фактически выполнены отдельные медицинские вмешательства, исследования, за выполнение отдельных медицинских вмешательств, исследований по направлениям, выданным данной медицинской организацией.

При осуществлении расчетов за медицинскую помощь, связанную с проведением диспансеризации (за исключением 2 этапа) и профилактических медицинских осмотров, межучрежденческие расчеты осуществляются из средств подушевого финансирования медицинской организации, которую гражданин выбрал ранее для получения первичной медико-санитарной помощи.

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

2.1. Приложение № 1а «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования с учетом показателей результативности» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 1 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.2. Приложение № 1а.1 «Перечень медицинских организаций, имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования, включая оплату медицинской помощи по всем видам и условиям предоставляемой указанными медицинскими организациями медицинской помощи, с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 2 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.3. 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 3 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.4. Приложение № 1в «Перечень медицинских организаций, имеющих в составе консультативно-диагностический центр (КДЦ)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.5. Приложение № 1г «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «Стоматология» в амбулаторных условиях» к

Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.6. Приложение № 1д «Перечень фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, дифференцированных по численности обслуживаемого населения» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 6 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.7. Приложение № 1е «Перечень медицинских организаций и структурных подразделений медицинских организаций, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 7 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.8. 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 8 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.9. Приложение № 2б «Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 9 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.10. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 10 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.11. Приложение № 5 «Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (амбулаторно-поликлиническая помощь)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.12. Приложение № 5а « Коэффициенты дифференциации и размер дифференцированных подушевых нормативов финансирования на прикрепившихся лиц (по всем видам и условиям)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.13. 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 13 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.14. Дополнить приложением № 6з «Тарифы на медицинские услуги, оказываемые мобильным комплексом «Эндомобиль», в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов

Российской Федерации» в соответствии с приложением 14 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.15. Приложение № 9а «Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратно-емкости 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 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 № 9з «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.18. 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 18 к настоящему Дополнительному соглашению;

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

2.20. Приложение № 11б «Коэффициенты специфики оказания медицинской помощи (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 № 11д «Доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат по перечню КСГ дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 22 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 и 22 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 сентября 2021 года, за исключением пунктов 1.4, 1.5, 2.13- 2.22, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01 октября 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

Председатель Московской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской  
Федерации



Н.В. Суслонova

Председатель Правления Ассоциации  
«Врачебная Палата Московской  
области»



С.А. Лившиц

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



Ю.А. Алексева