

**Дополнительное соглашение №7  
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ  
по реализации Московской областной программы обязательного  
медицинского страхования на 2020 год**

г. Красногорск

31.07.2020

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 2020 год от 30.12.2019 г. (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 Мисюкевич Ольги Александровны,

Московской областной организацией профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации, в лице председателя Домникова Анатолия Ивановича,

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 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. Абзац 4 пункта 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» заменить новыми абзацами следующего содержания:

«При этом, оплата услуг, участвующих в межучережденческих расчетах, 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 средств направившей медицинской организации.

В случае направления на данные исследования застрахованного лица, не прикрепленного ни к одной медицинской организации, медицинской организацией,

также не имеющей прикрепленного населения, расчеты между медицинскими организациями осуществляются самостоятельно на основании заключенных договоров.»

1.2. Раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить пунктом следующего содержания:

«2.12. Оказание медицинских услуг, связанных с применением телемедицинских технологий в амбулаторных условиях, осуществляется в соответствии с распоряжением Министерства здравоохранения Московской области от 19.05.2020 № 53-Р «Об утверждении Порядка организации оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в Московской области».

Медицинская услуга A13.29.009.1 «Обращение за консультацией с применением телемедицинских технологий (врач-врач (консилиум врачей))» используется только в случае обращения за консультацией в другую медицинскую организацию (другое юридическое лицо). В поле «MCOD OUT» указывается код медицинской организации, в которую обратились за консультацией. Данное поле является обязательным для заполнения.

Медицинская услуга A13.29.009.2 «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач)» используется только в случае консультации другой медицинской организации (другого юридического лица). Код медицинской организации в поле «MCOD OUT» не должно совпадать с кодом медицинской организации, выставившей счет. Данное поле является обязательным для заполнения.

Медицинские услуги A13.29.009.3 «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (врач - пациент)» и A13.29.009.3 «Дистанционное наблюдение за пациентом (врач-пациент)» выставляются на оплату при условии, что случай зафиксирован в информационной системе в соответствии с Распоряжением № 53-Р (в редакции изменений).»

1.3. Пункт 3.17 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить новыми абзацами следующего содержания:

«Кроме того, в рамках КСГ st19.058 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)» выделяются клинко-статистические подгруппы, дифференцированные по схемам лекарственной терапии:

st19.058.11 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 3)», применяемая при использовании схем:

sh662 «Ниволумаб 480 мг в 1-й день; цикл 28 дней»;

sh595 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день; цикл 21 день»;

sh596 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + карбоплатин AUC 5 в 1-й день; цикл 21 день»;

sh597 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день; цикл 21 день».

st19.058.12 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 4)», применяемая при использовании схем:

sh081 «Ипилимумаб 3 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день».

st19.058.13 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 5)», применяемая при использовании схем:

sh604 «Ниволумаб 1 мг/кг в 1-й день + ипилимумаб 3 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день».

1.4. Пункт 5.13 Раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» дополнить новыми абзацами следующего содержания:

«Кроме того, в рамках КСГ ds19.032 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13)» выделяются клинко-статистические подгруппы, дифференцированные по схемам лекарственной терапии:

ds19.032.11 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 3)», применяемая при использовании схем:

sh049 «Дабрафениб 300 мг ежедневно + траметиниб 2 мг ежедневно».

ds19.032.12 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 4)», применяемая при использовании схем:

sh023 «Вемурафениб 1920 мг ежедневно + кобиметиниб 60 мг в 1-21-й дни».

ds19.032.13 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 5)», применяемая при использовании схем:

sh662 «Ниволумаб 480 мг в 1-й день; цикл 28 дней»;

sh595 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день; цикл 21 день»;

sh596 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день + карбоплатин AUC 5 в 1-й день; цикл 21 день»;

sh597 «Пембролизумаб 200 мг в 1-й день + пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в 1-й день; цикл 21 день».

ds19.032.14 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 6)», применяемая при использовании схем:

sh081 «Ипилимумаб 3 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день».

ds19.032.15 «Лекарственная терапия при злокачественных новообразованиях (кроме лимфоидной и кроветворной тканей), взрослые (уровень 13, подуровень 7)», применяемая при использовании схем:

sh604 «Ниволумаб 1 мг/кг в 1-й день + ипилимумаб 3 мг/кг в 1-й день; цикл 21 день».

## 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» 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 № 2а «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, и коэффициенты уровней (подуровней) оказания медицинской помощи» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.5. Приложение № 3 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.6. 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 6 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.7. 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 7 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.8. 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 8 к настоящему Дополнительному соглашению;

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

2.10. 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 10 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.11. Приложение 11а «Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ/КПГ (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 11 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.12. Приложение 11г «Перечень КСГ, по которым осуществляется оплата в полном объеме независимо от длительности лечения (дневной стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.13. 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 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 июля 2020 года, за исключением пунктов 2.3 – 2.5, которые распространяют свои действия на правоотношения, возникшие с 01 июня 2020 года, а также пунктов 1.3, 1.4, 2.9 – 2.12, которые распространяют свои действия на правоотношения, возникшие с 01 августа 2020 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



С.А. Стригункова

Директор Территориального фонда  
обязательного медицинского страхования  
Московской области



О.А. Мисюкевич

Председатель Московской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации



А.И. Домников

Председатель Правления Ассоциации  
«Врачебная Палата Московской области»



С.А. Лившиц

Заместитель директора дирекции  
медицинского страхования в Московской  
области Акционерного общества  
«МАКС-М»



Л.П. Дунаева