

**Дополнительное соглашение №6
к ТАРИФНОМУ СОГЛАШЕНИЮ
по реализации Московской областной программы
обязательного медицинского страхования на 2021 год**

г. Красногорск

30.06.2021

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. В пункте 1 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после девятого абзаца дополнить абзацами следующего содержания:

- за единицу объема медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной в рамках проведения углубленной диспансеризации граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и лиц, в отношении которых отсутствуют сведения о перенесенном заболевании новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), по их инициативе), в том числе:

а) в рамках I этапа углубленной диспансеризации:

- за комплексное посещение, включающее измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое, проведение спирометрии или спирографии, общий (клинический) анализ крови развернутый, биохимический анализ крови (включая исследования уровня холестерина, уровня липопротеинов низкой плотности, С-реактивного белка, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови, определение активности лактатдегидрогеназы в крови, исследование уровня креатинина в крови;

- теста с 6-минутной ходьбой (за медицинскую услугу);

- определение концентрации Д-димера в крови (за медицинскую услугу);

б) в рамках II этапа углубленной диспансеризации:

- проведение эхокардиографии (за медицинскую услугу);

- проведение компьютерной томографии легких (за медицинскую услугу);

- дуплексное сканирование вен нижних конечностей (за медицинскую услугу).

1.2. Во втором абзаце пункта 2.5 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «финансовое обеспечение диспансеризации» дополнить словами «(за исключением углубленной диспансеризации, оплачиваемой за единицу объема),».

1.3. В третьем абзаце пункта 2.5 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после слов «самостоятельный амбулаторный прием,» дополнить словами «углубленной диспансеризации, оплачиваемой за единицу объема».

1.4. В пункте 2.5.1 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» после пятого абзаца дополнить абзацем следующего содержания:

«- на финансовое обеспечение углубленной диспансеризации, оплачиваемой за единицу объема;».

1.5. Абзац 1 пункта 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«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), консультаций с применением телемедицинских технологий (врач - пациент) и дистанционного наблюдения за пациентом (врач-пациент), 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.»

1.6. Абзац 3 пункта 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«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).»

1.7. Абзац 7 пункта 2.6 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«Оплата услуг, участвующих в межучрежденческих расчетах, за исключением телемедицинских услуг (врач – врач), 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.»

1.8. Дополнить раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» абзацами следующего содержания:

«2.11.1. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 18.06.2021 № 927 «О внесении изменений в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» в дополнение к профилактическим медицинским осмотрам и диспансеризации граждане, переболевшие новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), а также иные граждане по их инициативе вправе пройти углубленную диспансеризацию, включающую исследования и иные медицинские вмешательства по перечню, установленному Приложением № 4 к Программе.

Оплата углубленной диспансеризации осуществляется за единицу объема медицинской помощи дополнительно к подушевому нормативу финансирования по тарифам, установленным приложением № 86 к Тарифному соглашению:

Оплата углубленной диспансеризации за комплексное посещение возможна в случае выполнения всех исследований и медицинских вмешательств, входящих в комплексное посещение.

Оплата приема (осмотра) врачом-терапевтом (участковым терапевтом, врачом общей практики) и проведение рентгенографии органов грудной клетки (если не выполнялась ранее в течение года) осуществляется по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц.»

1.9. Абзац 3 пункта 2.12 раздела II «Способы оплаты медицинской помощи» изложить в следующей редакции:

«При этом оплата медицинской услуги A13.29.009.2 «Консультация с применением телемедицинских технологий (врач (консилиум врачей) - врач)», A13.29.009.3 «Консультация врача с применением телемедицинских технологий (врач - пациент)» и A13.29.009.4 Дистанционное наблюдение за пациентом (врач-пациент) осуществляется в рамках межучрежденческих расчетов в соответствии с пунктом 2.6 Тарифного соглашения.»

1.10. Дополнить раздел II «Способы оплаты медицинской помощи» абзацем следующего содержания:

«3.9.6. В рамках КСГ st02.003 «Родоразрешение» и st02.004 «Кесарево сечение» предусмотрены подгруппы st02.003.2 «Родоразрешение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы» и st02.004.2 «Кесарево сечение (МНН Атозибан) 1-3 этапы/2-3 этапы», включающие в том числе оказание медицинской помощи в отделении патологии беременности с применением лекарственного препарата с МНН «Атозибан» с 1 по 3 этапы введения лекарственного препарата или со 2 по 3 этапы.».

1.11. Пункты 3.2 – 3.2.2 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

«3.2. Коэффициент приведения норматива финансовых затрат на 1 случай госпитализации, установленный Программой ОМС, к базовой ставке установлен в значении 0,65.».

1.12. Пункт 3.8 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» исключить.

1.13. Пункты 4.2 – 4.2.2 раздела III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» заменить абзацем следующего содержания:

«4.2. Коэффициент приведения норматива финансовых затрат на 1 случай лечения, установленный Программой ОМС, к базовой ставке установлен в значении 0,6.».

1.14. Таблицу раздела IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» изложить в следующей редакции:

1 740,96 руб.	Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, установленный Тарифным соглашением
6 655,95 руб.	Размер базового подушевого норматива финансирования медицинской организации при оплате медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, условиях круглосуточного и дневного стационаров, установленный Тарифным соглашением
813,48 руб.	Размер базового подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи, установленный Тарифным соглашением
6 988,16 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС
1 684,19 руб.	Размер подушевого норматива финансирования при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара, установленный в соответствии с территориальной программой ОМС
14 883,56 руб.	Общий размер подушевого норматива финансирования установленный в соответствии с территориальной программой ОМС

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 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 № 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» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 4 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.5. 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 5 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.6. Приложение № 5а «Коэффициенты дифференциации 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 № 6г «Тарифы на неотложную медицинскую помощь, оказываемую 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 9 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.10. Приложение № 6е «Тарифы на медицинские услуги, связанные с применением телемедицинских технологий и оказываемые в амбулаторных условиях, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению исключить;

2.11. 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 10 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.12. Дополнить приложением № 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 в редакции согласно приложению 11 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.13. Приложение № 9а «Перечень КСГ/КПГ и коэффициенты относительной затратоемкости КСГ (круглосуточный стационар)» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 12 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.14. 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 13 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.15. 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 14 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.16. Приложение № 9д «Перечень КСГ круглосуточно стационара, которые предполагают хирургическое лечение или тромболитическую терапию» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 15 к настоящему Дополнительному соглашению;

2.17. Приложение № 12 «Тарифы на медицинские услуги при проведении услуг диализа, в том числе при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 16 к настоящему Дополнительному соглашению.

2.18. Приложение № 14 «Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи), а также уплаты медицинской организацией штрафа, в том числе за неоказание, несвоевременное оказание, либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции согласно приложению 17 к настоящему Дополнительному соглашению.

3. Приложения 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 и 17 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 2021 года, за исключением пунктов 2.1, 2.2, 2.4 – 2.6, которые распространяют свое действие на правоотношения, возникшие с 01 июня 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