

**Дополнительное соглашение № 2
к Тарифному соглашению
в системе обязательного медицинского страхования
на территории Мурманской области
на 2025 год**

г. Мурманск

20.02.2025

Министерство
здравоохранения
Мурманской области

Заместитель Губернатора
Мурманской области - министр
здравоохранения Мурманской
области



Д.В. Панычев

Территориальный фонд
обязательного медицинского
страхования Мурманской области



С.В. Маган

Страховые медицинские организации:

Мурманский филиал
АО «Страховая компания
«СОГАЗ-Мед»

Директор



А.Н. Зарайский

Мурманский филиал
ООО «АльфаСтрахование-ОМС»

Директор



А.А. Науменко

Профессиональные союзы медицинских работников:

Мурманская областная
организация профсоюзов
работников здравоохранения РФ

Председатель



Ю.В. Величко

Медицинские профессиональные некоммерческие организации:

Региональная общественная
профессиональная организация
«Врачебная палата
Мурманской области»

Председатель



А.М. Амозов

в дальнейшем совместно именуемые Стороны, в соответствии с пунктом 2 статьи 30 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и главой 2 раздела V Тарифного соглашения в системе обязательного медицинского страхования на территории Мурманской области на 2025 год (далее – Тарифное соглашение) заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

I. Предмет Соглашения

1. Внести в текст Тарифного соглашения следующие изменения:

1.1. Пункты 11 и 12 главы 2 раздела I изложить в редакции:

«11) Письмо Минздрава России от 11.02.2025 № 31-2/И/2-2286 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025-2027 годы»;

12) Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 №31-2/115 / 00-10-26-2-06/965.»;

1.2. Сноски «²» и «⁵» в главе 3 раздела I изложить в редакции:

«Совместное письмо Минздрава России и ФФОМС от 28.01.2025 №31-2/115 / 00-10-26-2-06/965»;

1.3. Пункт 11 части 1 главы 3 раздела I изложить в редакции:

«11) Методические рекомендации – методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования Министерства здравоохранения Российской Федерации и Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 28.01.2025 №31-2/115 / 00-10-26-2-06/965»;

1.4. В пункте 1 части 2 главы 3 раздела II:

а) подпункт «з» исключить;

б) подпункты «и» и «к» считать подпунктами «з» и «и» соответственно;

1.5. В подпункте «а» пункта 2 части 2 главы 3 раздела II слова: «центр здоровья,» исключить;

1.6. Пункт 5 части 7.1 главы 4 раздела II дополнить подпунктом «к» следующего содержания:

«к) в случае длительности госпитализации при лекарственной терапии пациентов со злокачественными новообразованиями лимфоидной и кроветворной тканей более 30 дней.»;

1.7. Сноску «²¹» части 4 главы 1 раздела III изложить в редакции:
 «²¹Письмо Минздрава России от 11.02.2025 № 31-2/И/2-2286 «О формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025-2027 годы»»;

1.8. В абзаце 1 части 2 главы 2 раздела III число: «14 914,11» заменить на число: «15 276,73»;

1.9. В части 2 главы 2 раздела III формулу 3.2.2 и пояснения к ней изложить в редакции:

$$\begin{aligned} \text{ОС}_{\text{АМБ}} = & (\text{Н}_{\text{ПО}} \times \text{Нфз}_{\text{ПО}} + \text{Н}_{\text{ДИСП}} \times \text{Нфз}_{\text{ДИСП}} + \text{Н}_{\text{РЕПР}} \times \text{Нфз}_{\text{РЕПР}} + \\ & + \text{Н}_{\text{ИЦ}} \times \text{Нфз}_{\text{ИЦ}} + \text{Н}_{\text{ОЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ОЗ}} + \text{Н}_{\text{Д(Л)И}} \times \text{Нфз}_{\text{Д(Л)И}} + \\ & + \text{Н}_{\text{ШКОЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{ШКОЛ}} + \text{Н}_{\text{НЕОТЛ}} \times \text{Нфз}_{\text{НЕОТЛ}} + \text{Н}_{\text{МР}} \times \text{Нфз}_{\text{МР}} + \\ & + \text{Н}_{\text{ДН}} \times \text{Нфз}_{\text{ДН}} + \text{Н}_{\text{ЦЗ}} \times \text{Нфз}_{\text{ЦЗ}}) \times \text{Чз} - \text{ОС}_{\text{МТР}} \end{aligned}$$

(формула 3.2.2), где:

$\text{Н}_{\text{ПО}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$\text{Нфз}_{\text{ПО}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{Н}_{\text{ДИСП}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$\text{Нфз}_{\text{ДИСП}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{Н}_{\text{РЕПР}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$\text{Нфз}_{\text{РЕПР}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансеризации репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{Н}_{\text{ИЦ}}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для посещений с иными целями, установленный ТПОМС в части БПОМС, посещений;

$\text{Нфз}_{\text{ИЦ}}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для посещений с иными целями, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{03}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТПОМС в части БПОМС, обращений;

$Нф_{03}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{д(л)и}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный ТПОМС в части БПОМС, исследований;

$Нф_{д(л)и}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{шкoл}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$Нф_{шкoл}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими заболеваниями, в том числе школах сахарного диабета, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{неотл}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТПОМС в части БПОМС, посещений;

$Нф_{неотл}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{мр}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения медицинской реабилитации, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$Нф_{мр}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения медицинской реабилитации, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{дн}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансерного наблюдения, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных посещений;

$Нф_{дн}$ – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для проведения диспансерного наблюдения, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$Н_{цз}$ – средний норматив объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный ТПОМС в части БПОМС, комплексных

посещений;

Нфз_{цз} – средний норматив финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях для посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный ТПОМС в части БПОМС, рублей;

Чз – численность застрахованного населения Мурманской области по состоянию на 01 января года, предшествующего очередному, человек;

ОС_{МТР} – размер средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях застрахованным лицам за пределами Мурманской области за единицу объёма медицинской помощи, рублей.»;

1.10. Часть 2.1 главы 2 раздела III изложить в редакции:

«2.1. Средние нормативы финансовых затрат на единицу объёма первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях оказываемой в соответствии с ТПОМС в рамках БПОМС, за счёт средств обязательного медицинского страхования составляют:

на 1 комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 4 482,91 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний, всего – 3 405,97 рубля, в том числе для проведения углублённой диспансеризации – 1 611,56 рубля;

на 1 комплексное посещение для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, всего – 2 414,21, в том числе женщин – 3 450,74 рубля, мужчин – 1 325,49 рубля;

на 1 посещение с иными целями – 1 625,12 рубля;

на 1 посещение в неотложной форме – 1 868,27 рубля;

на 1 обращение по поводу заболевания – 3 921,72 рубля;

на проведение отдельных диагностических (лабораторных) исследований – 4 160,26 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования:

- компьютерной томографии – 4 295,28 рубля;
- магнитно-резонансной томографии – 5 655,20 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы – 1 294,36 рубля;

- эндоскопического диагностического исследования – 2 373,43 рубля;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 19 932,12 рублей;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний – 4 915,55 рубля;

- ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях – 35 414,40 рубля;

- ОФЭКТ/КТ – 9 058,29 рубля;

- на 1 комплексное посещение школы для больных с хроническими

заболеваниями – 2 666,27 рубля, в том числе школы сахарного диабета – 2 468,68 рубля;

– на 1 комплексное посещение по диспансерному наблюдению – 4421,34 рубля;

– на 1 комплексное посещение по медицинской реабилитации – 34 266,79 рубля.»;

1.11. В части 3 главы 2 раздела III число: «6 109,93» заменить числом: «5 916,98»;

1.12. В части 3.1 главы 2 раздела III формулу 3.2.4 и пояснения к ней изложить в редакции:

$$\begin{aligned} \text{«ОС}_{\text{ПНФ}} = \text{ОС}_{\text{АМБ}} - \text{ОС}_{\text{ФАП}} - \text{ОС}_{\text{Д(Л)И}} - \text{ОС}_{\text{ШКОЛ}} - \text{ОС}_{\text{ЕО}} - \text{ОС}_{\text{ПО}} - \\ - \text{ОС}_{\text{ДИСП}} - \text{ОС}_{\text{РЕПР}} - \text{ОС}_{\text{ДН}} - \text{ОС}_{\text{ЦЗ}} - \text{ОС}_{\text{2эт}} \end{aligned}$$

(формула 3.2.4), где:

$\text{ОС}_{\text{АМБ}}$ – объём средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации ТПОМС, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ФАП}}$ – объём средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских пунктов в соответствии с установленными ТПОМС размерами финансового обеспечения фельдшерских пунктов и с учётом их соответствия Требованиям, рублей;

$\text{ОС}_{\text{Д(Л)И}}$ – объём средств, направляемых на оплату проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, (за исключением объёма средств, направляемых на оплату соответствующих диагностических исследований застрахованным лицам за пределами Мурманской области), рублей;

$\text{ОС}_{\text{ШКОЛ}}$ – объём средств, направляемых на оплату медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе сахарного диабета), в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ЕО}}$ – объём средств, направляемых на оплату первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, за единицу объёма (в том числе комплексных посещений по профилю «Медицинская реабилитация»), рублей;

$\text{ОС}_{\text{ПО}}$ – объём средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{ОС}_{\text{ДИСП}}$ – объём средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации (в том числе углубленной диспансеризации), в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

$\text{ОС}_{\text{РЕПР}}$ – объём средств, направляемых на оплату проведения

диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

ОС_{дн} – объём средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

ОС_{цз} – объём средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными ТПОМС в части БПОМС, рублей;

ОС_{2эт} – объём средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках второго этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних и всех видов диспансеризации, рублей.»;

1.13. Абзацы 4-7 части 3.4 главы 2 раздела III изложить в редакции:

«– при обслуживании до 100 жителей – 2 359 714,60 рубля (с учётом понижающего коэффициента в размере 0,861, применяемого к размеру финансового обеспечения фельдшерского пункта, обслуживающего от 100 до 900 жителей);

– при обслуживании от 100 до 900 жителей – 2 740 667,35 рубля;

– при обслуживании от 900 до 1500 жителей – 5 481 334,69 рубля;

– при обслуживании от 1500 до 2000 жителей – 6 516 136,53 рубля.»;

1.14. Часть 5 главы 2 раздела III после абзаца 16 дополнить абзацем следующего содержания:

«– оказание медицинской помощи с профилактическими целями в центрах здоровья;»;

1.15. Часть 10.1 главы 2 раздела III изложить в редакции:

«10.1. Тарифы на посещение при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях в плановой и неотложной форме, на комплексное посещение по диспансерному наблюдению отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, в том числе центрами здоровья, а также диспансерному наблюдению детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, на комплексное посещение школ здоровья для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, а также на комплексное посещение с профилактической целью центров здоровья приведены в разделе I приложения 2.5 к настоящему Тарифному соглашению.»;

1.16. В абзаце 1 части 2 главы 3 раздела III слова: «Размер среднего подушевого норматива финансирования» заменить словами: «Средний размер финансового обеспечения»;

1.17. В части 2 главы 3 раздела III число: «3 581,72» заменить числом: «3 555,12»;

1.18. В абзаце 1 части 3 главы 3 раздела III слова: «Размер среднего подушевого норматива финансирования» заменить словами: «Средний размер финансового обеспечения»;

1.19. В части 3 главы 3 раздела III число: «16 358,72» заменить числом: «16 037,09»;

1.20. В части 7 главы 3 раздела III число: «1,899416» заменить числом: «1,864»;

1.21. В частях 8 и 9 главы 3 раздела III число: «1,899416» заменить числом: «1,864»;

1.22. Пункты 1, 2, 3 и 10 таблицы 3.3.1 части 9.4 главы 3 раздела III изложить в редакции:

«

№	Критерии для применения КСЛП	Размер КСЛП
1	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4-х лет, детей старше 4-х лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеют ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида, за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный пунктом 2 настоящего перечня	0,2
2	Предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов, которые в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выданной по результатам проведения медико-социальной экспертизы, имеет ограничения основных категорий жизнедеятельности человека второй и (или) третьей степеней выраженности (ограничения способности к самообслуживанию, и (или) самостоятельному передвижению, и (или) ориентации, и (или) общению, и (или) обучению, и (или) контролю своего поведения,- независимо от возраста ребенка-инвалида), получающих медицинскую помощь по профилю «Детская онкология» и (или) «Гематология»	0,6
3	Оказание медицинской помощи пациенту в возрасте 75 лет и старше в случае проведения консультации врача-гериатра, за исключением случаев госпитализации на геронтологические профильные койки	0,2
10	Проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение односторонних операций на парных органах (уровень 5)**	3,49

»;

1.23. Таблицу 3.3.2 части 9.4 главы 3 раздела III изложить в редакции:

«Таблица 3.3.2

Код схемы	Уровень КСЛП*	Описание схемы	Условия применения
supt01	1	Филграстим 4 дня введения по 300 мкг	
supt02	2	Деносуаб 1 день введения 120 мг	установленный клиренс креатинина <59 мл/мин на момент принятия решения о назначении препарата Деносуаб
supt03	2	Тоцилизумаб 1 день введения 8 мг/кг	
supt04	2	Филграстим 8 дней введения по 300 мкг	
supt05	3	Эмпэгфилграстим 1 день введения 7,5 мг	
supt06	2	Филграстим 10 дней введения по 300 мкг	
supt07	1	Микофенолата мофетил 30 дней введения по 1000 мг 2 раза в день	
supt08	1	Такролимус 30 дней введения по 0,1 мг/кг	
supt09	3	Ведолизумаб 1 день введения 300 мг	
supt10	3	Инфликсимаб 1 день введения 5 мг/кг	
supt11	3	Иммуноглобулин человека нормальный 5 дней введения по 400 мг/кг	
supt12	3	Иммуноглобулин антитимоцитарный 3-5 дней введения 1,5-5 мг/кг	

»;

1.24. В части 4 раздела IV:

- а) в пункте 1 число: «14 911,14» заменить числом: «15 276,73»;
- б) в пункте 2 число: «3 581,72» заменить числом: «3 555,12»;
- в) в пункте 3 число: «16 358,72» заменить числом: «16 037,09».

2. Внести в приложения к Тарифному соглашению следующие изменения:

2.1. Приложение 1 изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему Соглашению;

2.2. В приложениях: 1, 2.1(разделы I и II), 2.2, 2.3, 3.1, 3.2 наименование медицинской организации ГОАУЗ «Мончегорская центральная районная больница» (сокращенное наименование ГОАУЗ «Мончегорская ЦРБ») заменить на ГОБУЗ «Мончегорская центральная районная больница» (сокращенное наименование ГОБУЗ «Мончегорская ЦРБ»);

2.3. Приложение 2.2 изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему Соглашению;

2.4. Приложение 2.3 изложить в редакции согласно приложению 3 к настоящему Соглашению;

2.5. В раздел I приложения 2.4 внести изменения согласно приложению 4 к настоящему Соглашению;

2.6. В раздел III приложения 2.4 внести изменения согласно приложению 5 к настоящему Соглашению;

2.7. В раздел I приложения 2.5 внести изменения согласно приложению 6 к настоящему Соглашению;

2.8. Приложение 2.9 изложить в редакции согласно приложению 7 к настоящему Соглашению;

2.9. Приложение 3.2 изложить в редакции согласно приложению 8 к настоящему Соглашению;

2.10. Приложение 3.6 изложить в редакции согласно приложению 9 к настоящему Соглашению;

2.11. В приложении 3.7 по КСГ ds37.017, ds37.018 и ds37.019 слова: «4 уровня» заменить словами: «4 группы»;

2.12. Приложение 3.8 изложить в редакции согласно приложению 10 к настоящему Соглашению;

2.13. Приложение 3.9 изложить в редакции согласно приложению 11 к настоящему Соглашению;

2.14. В приложении 4.1 наименование медицинской организации ФГБУЗ «ЦМСЧ № 120» заменить на ФГБУЗ «ЦМСЧ № 120» ФМБА.

II. Вступление в силу Соглашения

1. Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания Сторонами и распространяется на правоотношения, возникшие:

а) с 01.01.2025 – в отношении пунктов 1.1 – 1.7, 1.9, 1.10, 1.12, 1.14, 1.15, 1.16, 1.18, 1.20, 1.22, 1.23, 2.1, 2.5, 2.6, 2.9 и 2.14;

б) с 01.02.2025 – в отношении пунктов 1.8, 1.11, 1.13, 1.17, 1.19, 1.21, 1.24, 2.2, 2.3, 2.4, 2.8, 2.10 - 2.13;

в) с периодов, указанных в приложении – в отношении пункта 2.7.
