

**Дополнительное соглашение № 2  
о внесении изменений в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского  
страхования Новгородской области на 2023 год  
от 22 декабря 2022 года**

Великий Новгород

« 06 » 03 2023 года

Правительство Новгородской области в лице заместителя Председателя Правительства Новгородской области Тимофеевой А.В., Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Новгородской области в лице директора Ивановой М.Б., представитель страховых медицинских организаций Новгородский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице директора Антонова А.А., Новгородская областная организация профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации в лице председателя Смеловой Л.С., общественная организация медицинских работников «Медицинская палата Новгородской области» в лице президента Беркунова В.Н., включенные в состав Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Новгородской области, созданной распоряжением Администрации Новгородской области от 02.02.2012 № 28-рз «О создании комиссии» (в редакции от 09.08.2022 № 274-рг), в соответствии с пунктом 5.3. Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования в Новгородской области на 2023 год от 22 декабря 2022 года заключили настоящее Дополнительное соглашение о внесении изменений в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования в Новгородской области на 2023 год от 22 декабря 2022 года (далее – Дополнительное соглашение) о нижеследующем:

1. Внести изменения в Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования в Новгородской области на 2023 год от 22 декабря 2022 года:

1.1. Изложить абзац 3 раздела 2 Тарифного соглашения в новой редакции:

«- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (за исключением расходов на проведение компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии (далее - молекулярно-генетические исследования и патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала), тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, а также средств на оплату диспансерного наблюдения и финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;».

1.2. Слово «патологоанатомические» в соответствующих падежах заменить словом «патолого-анатомические» по всему тексту Тарифного соглашения.

1.3. Исключить абзацы 21, 22 раздела 2 Тарифного соглашения.

1.4. Изложить подпункт 2.1.6. пункта 2.1. раздела 2 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Оплата стоматологической помощи осуществляется по тарифам за посещение, обращение.

Оплата оказанной медицинской помощи по профилю «Ортодонтия» для детского населения осуществляется по тарифу за обращение по поводу заболевания. Обращение по

профиллю «Ортодонтия» включает в себя изготовление, наложение, починку ортодонтического аппарата, протеза, дуги Энгля, а также коррекцию и активацию аппарата в течение года. Обращение пациента по профилю «Ортодонтия» подлежит оплате 1 раз в год после установки ортодонтического аппарата.»

1.5. Изложить подпункт 2.1.16. пункта 2.1. раздела 2 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Финансовое обеспечение по нормативу финансирования структурного подразделения медицинской организации используется при оплате медицинской помощи, оказываемой фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, учитывает критерии соответствия их требованиям, установленным Приказом № 543н.»

1.6. Дополнить пункт 2.1. раздела 2 Тарифного соглашения подпунктом:

«2.1.17. Медицинская помощь в рамках «Школа для больных сахарным диабетом» оплачивается вне подушевого норматива финансирования за единицу объема – комплексное посещение по тарифам, приведенным в Приложении № 36. Комплексное посещение включает в себя от 15 до 20 часов занятий в рамках школы сахарного диабета, а также проверку дневников самоконтроля (группа 10 человек).

Комплексное посещение в расчете на 1 пациента включает в себя:

- взрослые с сахарным диабетом 1 типа - 5 занятий продолжительностью 4 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- взрослые с сахарным диабетом 2 типа - 5 занятий продолжительностью 3 часа, а также проверка дневников самоконтроля;
- дети и подростки с сахарным диабетом - 10 занятий продолжительностью 2 часа, а также проверка дневников самоконтроля.

Объем медицинской помощи и ее оплата в части ведения школ для больных сахарным диабетом осуществляется при условии соответствия Правилам организации деятельности кабинета «Школа для больных сахарным диабетом» и стандартам оснащения кабинета «Школа для больных сахарным диабетом», утвержденных приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 899н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «эндокринология».»

1.7. Изложить подпункт 2.2.8. пункта 2.2. раздела 2 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Медицинская помощь, оказываемая пациентам одновременно по двум и более КСГ осуществляется в следующих случаях:

1. Перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое в рамках круглосуточного или дневного стационаров (в том числе в случае перевода из круглосуточного стационара в дневной стационар и наоборот), если это обусловлено возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, входящего в другой класс МКБ-10 и не являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, а также при переводе пациента из одной медицинской организации в другую, оба случая лечения заболевания подлежат оплате в рамках соответствующих КСГ, при этом случай лечения до осуществления перевода относится к прерванным по установленным пунктом 2.2.6. основаниям;

2. Проведение медицинской реабилитации пациента после завершения лечения в той же медицинской организации по поводу заболевания, по которому осуществлялось лечение;

3. Оказание медицинской помощи, связанной с установкой, заменой порт-системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований с последующим проведением лекарственной терапии или после хирургического лечения в рамках одной госпитализации;

4. Этапное хирургическое лечение при злокачественных новообразованиях, не предусматривающее выписку пациента из стационара;

5. Проведение реинфузии аутокрови, баллонной внутриаортальной контрпульсации или экстракорпоральной мембранной оксигенации на фоне лечения основного заболевания;

6. Дородовая госпитализация пациентки в отделение патологии беременности в случае пребывания в отделении патологии беременности в течение 6 дней и более с последующим родоразрешением.

Также осуществляется оплата по двум КСГ в случае дородовой госпитализации пациентки в отделение патологии беременности и пребывания в нем в течение 2 дней и более с последующим родоразрешением при оказании медицинской помощи по следующим МКБ-10:

- О14.1 Тяжелая преэклампсия;
- О34.2 Послеоперационный рубец матки, требующий предоставления медицинской помощи матери;
- О36.3 Признаки внутриутробной гипоксии плода, требующие предоставления медицинской помощи матери;
- О36.4 Внутриутробная гибель плода, требующая предоставления медицинской помощи матери;
- О42.2 Преждевременный разрыв плодных оболочек, задержка родов, связанная с проводимой терапией;

7. Наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей в ходе оказания медицинской помощи в период госпитализации имплантации в организм пациента медицинского изделия;

8. Проведение иммунизации против респираторно-синцитиальной вирусной инфекции в период госпитализации по поводу лечения нарушений, возникающих в перинатальном периоде, являющихся показанием к иммунизации;

9. Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами;

Выставление случая только по КСГ st36.013 - st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1 - 3)», без основной КСГ, а также выставление случая по двум КСГ из перечня st36.013–st36.015 «Проведение антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами (уровень 1–3)» с пересекающимися сроками лечения не допускается.».

1.8. Изложить абзац 1 пункта 2.3. раздела 2 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации) осуществляется по подушевому нормативу финансирования и за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи.».

1.9. Изложить абзац 8 раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Не включены в структуру тарифа на оплату медицинской помощи расходы на проведение капитального строительства, капитального ремонта и оплата услуг по составлению проектно-сметной документации для его проведения, на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь).».

1.10. Изложить подпункт 3.1.5. пункта 3.1. раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программы ОМС составляет

6 060,77 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,007).

Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц включает в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских технологий.».

1.11. Изложить подпункт 3.1.6. пункта 3.1. раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программой ОМС (ФО<sup>АМБ</sup><sub>СР</sub>) составляет 5 380,19 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи на прикрепившихся лиц (ПНБАЗ) (за исключением медицинской помощи, финансируемой в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС нормативами), оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо (с учетом коэффициента дифференциации 1,007) на 2023 год составляет 1 683,29 рублей.».

1.12. Изложить подпункт 3.3.3. пункта 3.3. раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программой ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных Территориальной программы ОМС составляет 960,46 рублей (с учетом коэффициента дифференциации 1,007).».

1.13. Изложить подпункт 3.3.4. пункта 3.3. раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (ФО<sup>СМП</sup><sub>СР</sub>) составляет 936,40 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (ПНБАЗ), рассчитывается исходя из объема средств на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, в расчете на одно застрахованное лицо и (с учетом коэффициента дифференциации 1,007) на 2023 год составляет 936,40 рублей.

Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, включает расходы на оплату медицинской помощи в рамках Базовой программы ОМС, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, в соответствии с установленной единицей объема медицинской помощи - вызов, за исключением расходов, направляемых на оплату скорой медицинской помощи вне медицинской организации, оказываемой лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.».

1.14. Изложить подпункт 3.3.6. пункта 3.3. раздела 3 Тарифного соглашения в новой редакции:

«Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования скорой медицинской помощи (КД<sup>1</sup><sub>ПВ</sub>) составляют:

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
до 1 года	м	5,033
	ж	4,122

Возрастная группа	Пол	Значение половозрастного коэффициента дифференциации подушевого норматива
1-4 года	м	1,417
	ж	1,257
5-17 лет	м	0,420
	ж	0,408
18-64 года	м	0,556
	ж	0,634
65 лет и старше	м	1,769
	ж	2,105

При расчете фактического дифференцированного подушевого норматива коэффициент половозрастного состава ( $КД_{ПВ}^i$ ) установлен в значении 1.

В целях приведения в соответствие объема средств, рассчитанного по дифференцированным подушевым нормативам финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации, к общему объему средств на финансирование медицинских организаций рассчитывается поправочный коэффициент (ПК) по формуле:

$$ПК = \frac{\sum_{i=1}^n Ч_3^i \times КД_{ПВ}^i}{\sum_{i=1}^n Ч_3^i}, \text{ где:}$$

$Ч_3^i$  численность застрахованных лиц, обслуживаемых  $i$ -той медицинской организации, человек.

Значение поправочного коэффициента является единым для всех медицинских организаций, осуществляющих оказание скорой медицинской помощи вне медицинской организации, и устанавливается в значении 1.

Фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации ( $ФДПн^i$ ) рассчитывается по формуле:

$$ФДПн^i = ДПн^i \times ПК,$$

где:

$ФДПн^i$  фактический дифференцированный подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи для  $i$ -той медицинской организации, рублей.

1.15. Изложить Приложения №№ 5, 6, 7, 19, 23, 24, 27, 28, 35 к Тарифному соглашению в новой редакции.

1.16. Дополнить Тарифное соглашение Приложением № 36.

1.17. Изложить Приложение № 22 к Тарифному соглашению в новой редакции.

2.2. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу с момента подписания и распространяется на правоотношения, возникшие с 01.01.2023 года, за исключением пунктов 1.16, 1.17, вступающих в силу с 01.02.2023 года.

2.3. Настоящее Дополнительное соглашение является обязательным для исполнения всеми участниками системы обязательного медицинского страхования Новгородской области, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования Новгородской области.

Подписи Сторон:

Заместитель Председателя  
Новгородской области

Правительства



А.В. Тимофеева

Директор Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Новгородской области

М.Б. Иванова

Директор Новгородского филиала общества с  
ограниченной ответственностью  
«АльфаСтрахование-ОМС»

А.А. Антонов

Председатель Новгородской областной  
организации профсоюза работников  
здравоохранения Российской Федерации

Л.С. Смелова

Президент общественной организации  
медицинских работников «Медицинская палата  
Новгородской области»

В.Н. Беркунов