

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на 2025 год

1. Общие положения

Комитет по здравоохранению в лице врио председателя Шишкина Юрия Михайловича,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» в лице директора Звоника Константина Николаевича,

страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в лице директора Санкт-Петербургского филиала АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед» Ягодиной Олеси Николаевны,

Региональная общественная организация «Врачи Санкт-Петербурга» в лице члена Совета Кима Андрея Вячеславовича,

Межрегиональная Санкт-Петербурга и Ленинградской области организация Профсоюза работников здравоохранения РФ в лице председателя Элиовича Иосифа Григорьевича,

именуемые в дальнейшем Стороны,

заключили генеральное тарифное соглашение (далее – СОГЛАШЕНИЕ) о нижеследующем:

Соглашение разработано и заключено в соответствии с Федеральными законами от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, Законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» от 18.12.2024 № 812-176 и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и Санкт-Петербурга.

СОГЛАШЕНИЕ определяет и устанавливает:

- порядок применения способов оплаты медицинской помощи;
- размер и структуру тарифов на оплату медицинской помощи, оказываемой в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования, являющейся частью Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, утвержденной Законом Санкт-Петербурга от 18.12.2024 № 812-176 (далее – Территориальная программа ОМС), а также порядок и условия их применения;
- размер неоплаты или неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

2. СПОСОБЫ ОПЛАТЫ

МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

2.1. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

2.1.1. 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 патологоанатомические исследования биопсийного (операционного) материала), позитронной эмиссионной томографии/позитронной эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией, и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией (далее - ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ), на ведение школ для больных сахарным диабетом, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов) с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации (включая показатели объема медицинской помощи), перечень которых устанавливается Министерством здравоохранения Российской Федерации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях и оплачиваемую за единицу объема медицинской помощи;

за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай) при оплате:

медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования;

медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц;

медицинской помощи, оказанной медицинской организацией (в том числе по направлениям, выданным иной медицинской организацией), источником финансового обеспечения которой являются средства подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц, получаемые иной медицинской организацией;

отдельных диагностических (лабораторных) исследований – компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, эндоскопических диагностических исследований, молекулярно-генетических исследований и патолого-анатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/КТ и ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ;

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин;

диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого населения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, и (или) обучающихся в образовательных организациях;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с сахарным диабетом в части ведения школ сахарного диабета;

медицинской помощи по медицинской реабилитации (комплексное посещение).

2.1.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется, в том числе по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, приведен в Приложении № 2 к СОГЛАШЕНИЮ.

Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, оплата медицинской помощи в которых осуществляется за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), приведен в Приложениях № 12-б, № 13 к СОГЛАШЕНИЮ.

Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц приведен в Приложении № 24 к СОГЛАШЕНИЮ.

Порядок применения показателей результативности и осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности приведен в Приложении № 25 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.1.3. По подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц осуществляется финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в плановой форме и первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме.

2.2. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

2.2.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, в том числе для медицинской реабилитации в специализированных медицинских организациях (структурных подразделениях), в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

за случай госпитализации (законченный случай лечения) по поводу заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологичной медицинской помощи), в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа;

за прерванный случай госпитализации 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, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, 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 № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа.

2.2.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, приведен в Приложении № 18 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.3. Порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2.4. В целях перехода на оплату специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, (далее – Методические рекомендации по способам оплаты) в системе обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга

осуществляется пилотный проект по моделированию системы оплаты первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологической медицинской помощи) в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний (далее – Пилотный проект).

2.3. Применение способов оплаты медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара:

2.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

за случай (законченный случай) лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистическую группу заболеваний, группу высокотехнологической медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологической медицинской помощи);

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 дневного стационара на круглосуточный стационар, оказания медицинской помощи с проведением лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях, в ходе которой медицинская помощь по объективным причинам оказана пациенту не в полном объеме по сравнению с выбранной для оплаты схемой лекарственной терапии, 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 в случае его письменного отказа от дальнейшего лечения, смерти пациента, выписки пациента до истечения 3 дней (включительно) со дня госпитализации (начала лечения), за исключением случаев оказания медицинской помощи по группам заболеваний, состояний, предусмотренных приложением № 7 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологической медицинской помощи).

2.3.2. Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара, приведен в Приложении № 18, № 19 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.3.3. Порядок оплаты прерванных случаев лечения установлен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4. Применение способов оплаты 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):

2.4.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется:

по подушевому нормативу финансирования – за вызов скорой медицинской помощи, оказываемой в экстренной и неотложной формах, застрахованным лицам, которым полис ОМС выдан в Санкт-Петербурге, за исключением медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам согласно Приложению № 3 к соглашению;

за единицу объема медицинской помощи - за вызов скорой медицинской помощи (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис

обязательного медицинского страхования, а также оказанной в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц) по тарифам согласно Приложению № 3 к соглашению.

2.4.2. Перечень медицинских организаций (структурных подразделений медицинских организаций), оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования скорой медицинской помощи вне медицинской организации (далее – подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи), а также по тарифам на отдельно оплачиваемые услуги, приведен в Приложении № 3 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.4.3. Перечень медицинских услуг, оплачиваемых по отдельным тарифам (тариф за вызов скорой медицинской помощи, тариф с кодом 911010 «СМП Системный тромболизис на догоспитальной этапе», тарифы для выездных реанимационных бригад), приведен в Приложении № 3 к СОГЛАШЕНИЮ.

2.5. В соответствии со Справочником V010, размещенным в подсистеме НСИ Государственной информационной системы обязательного медицинского страхования (<http://nsi.ffoms.ru>) в соответствии с Порядком информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом ФОМС от 31.03.2021 N 34н, при осуществлении персонифицированного учета оказанной медицинской помощи поле «Код способа оплаты медицинской помощи» (IDSP) заполняется следующими значениями:

24 - за вызов скорой медицинской помощи;

25 - по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи;

28 - за медицинскую услугу;

29 - за посещение;

30 - за обращение (законченный случай);

32 - за законченный случай лечения заболевания;

33 - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

36 – по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает действующие в 2025 году тарифы на оплату медицинской помощи (медицинские услуги), подушевые нормативы финансирования в объеме Территориальной программы ОМС на основании решений Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге (далее – Комиссия).

Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи определяются в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленной разделом XII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н.

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется в соответствии с Номенклатурой медицинских услуг, утвержденной приказом Минздрава России от 13 октября 2017 года № 804н.

Уровни медицинской организации и коэффициенты уровней медицинской организации, установленные согласно Приложению № 18 к СОГЛАШЕНИЮ, применяются при реализации Пилотного проекта, в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты (Приложение № 21 к СОГЛАШЕНИЮ).

3.2. Размеры тарифов, подушевых нормативов финансирования и порядок их применения устанавливаются согласно Приложениям, которые являются неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ и перечислены в пункте 5.2 СОГЛАШЕНИЯ.

3.3. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, устанавливаются:

3.3.1. средний размер финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 10 349,89 руб.

3.3.2. тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение, обращение (законченный случай)), мероприятий по диспансеризации и профилактическим осмотрам отдельных категорий граждан, применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложениям № 3, № 10, № 11, № 12, № 12-б, № 12-в, № 12-е, № 12-к (часть 1), № 12-диализ, № 12-проф, № 12-дн, № 12-т, № 13, № 13-а, № 13-м, № 13-пат, № 13-патОнк, № 13-ПЭТ, № 13-ПЭТ Онко, № 13-ОФЭКТ, № 13-узис, № 13-эндо, № 14, № 14-а к СОГЛАШЕНИЮ.

3.3.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива; коэффициенты половозрастного состава; коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Санкт-Петербурге; фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи согласно Приложению № 2 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.3.4. тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 12-у к СОГЛАШЕНИЮ.

3.3.5. размеры нормативов финансовых затрат на оплату медицинской помощи в соответствии с Законом Санкт-Петербурга от 18.12.2024 № 812-176 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2025 год и на плановый период 2026 и 2027 годов» составляют:

- посещения с иными целями – 651,29 рублей;
- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров – 3 081,71 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации – 3 766,38 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации – 1 628,52 рублей;
- комплексное посещение для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин – 2 167,02 рублей;
- посещения в неотложной форме – 1 217,09 рублей;
- обращения в связи с заболеваниями – 2 651,11 рублей;
- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - 2 705,27 рублей, в том числе:
 - компьютерная томография – 3 518,50 рублей;
 - магнитно-резонансная томография – 5 521,91 рублей;
 - ПЭТ-КТ при онкологических заболеваниях – 41 647,33 рублей;
 - ОФЭКТ/КТ – 5 714,89 рублей;
 - школа сахарного диабета – 1 557,49 рублей;
 - ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы – 990,00 рублей;
 - эндоскопические диагностические исследования – 1 675,40 рублей;

- молекулярно-генетические исследования с целью диагностики онкологических заболеваний – 10 941,00 рублей;

-патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии – 2 698,20 рублей;

- диспансерное наблюдение – 3 129,45 рублей, в том числе по поводу:

- онкологических заболеваний – 4 418,35 рублей;

- сахарного диабета – 1 668,16 рублей;

- болезней системы кровообращения – 3 709,46 рублей.

3.4. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях, устанавливаются:

3.4.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 11 341,77 руб.

3.4.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), за исключением законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, согласно Приложениям № 4, № 5, № 6, № 7, № 8, № 9, № 10, № 11, № 15, № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.4.3. Для проведения Пилотного проекта в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, для расчета тарифов на законченный случай лечения с проведением оперативных вмешательств по профилю «Онкология»; химиотерапевтического лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); лучевой терапии; химиотерапевтического лечения в сочетании с лучевой терапией; установки, замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований; лечения при фебрильной нейтропении, агранулоцитозе вследствие проведения лекарственной терапии злокачественных новообразований, лечения злокачественного новообразования без специального противоопухолевого лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); госпитализации в диагностических целях с постановкой / подтверждением диагноза злокачественного новообразования; оказания медицинской помощи при лучевых повреждениях; проведения эвисцерации малого таза при лучевых повреждениях; оказания медицинской помощи в посттрансплантационный период после пересадки костного мозга; а также для расчета тарифов на законченный случай лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложениям № 15, № 16, № 21 к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (стационар)), на уровне 40 734,14 руб. (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,200);

поправочные коэффициенты оплаты КСГ устанавливаются в соответствующих приложениях;

перечень клинико-статистических групп с оптимальной длительностью лечения до 3-х дней включительно в стационарных условиях согласно Приложению № 22;

перечень клинико-статистических групп, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях согласно Приложению № 23;

перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в стационарных условиях, согласно Приложению № 26.

3.5. тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи:

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, не установленных базовой программой обязательного медицинского страхования, согласно Приложению № 4-2 к СОГЛАШЕНИЮ;

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно Приложению № 4-3 к СОГЛАШЕНИЮ.

Перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, приведен в Приложении № 1 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.6. В части оплаты медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, устанавливается:

3.6.1. средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге, в расчете на одно застрахованное лицо – 2 638,83 руб.;

3.6.2. тарифы на оплату медицинской помощи за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний), согласно Приложениям № 4, № 5, № 6, № 7, № 10, № 11, № 12-а, 12-г, № 12-д, № 12-е, № 12-к (часть 2), № 12-геп, № 15, № 16 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.6.3. Для проведения Пилотного проекта в соответствии с Методическими рекомендациями по способам оплаты, для расчета тарифов на законченный случай лечения с проведением оперативных вмешательств по профилю «Онкология»; химиотерапевтического лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); лучевой терапии; химиотерапевтического лечения в сочетании с лучевой терапией; установки, замены порт системы (катетера) для лекарственной терапии злокачественных новообразований; госпитализации в диагностических целях с проведением молекулярно-генетического и/или иммуногистохимического исследования или иммунофенотипирования; лечения злокачественного новообразования без специального противоопухолевого лечения (включая заболевания лимфоидной и кроветворной тканей); для расчета тарифов на законченный случай лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов, а также для расчета тарифов на оказание медицинской помощи в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) и лекарственной терапии вирусного гепатита С устанавливаются:

перечень групп заболеваний, в том числе клинико-статистических групп (КСГ) с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и тарифов за законченный случай лечения заболеваний по стоимости КСГ согласно Приложениям № 15, № 16, № 21, № 12-е, 12-геп к СОГЛАШЕНИЮ;

размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ (базовая ставка (дневной стационар)), на уровне 21 575,13 рублей; (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,200);

поправочные коэффициенты оплаты КСГ устанавливаются в соответствующих приложениях;

перечень клинико-статистических групп с оптимальной длительностью лечения

до 3-х дней включительно в условиях дневного стационара согласно Приложению № 22;

перечень клинико-статистических групп, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации в условиях дневного стационара согласно Приложению № 23;

перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара, согласно Приложению № 26.

3.7. В части оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, устанавливаются:

3.7.1. средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования – 1 666,28 руб.;

3.7.2. тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые, в том числе для осуществления межтерриториальных расчетов, согласно Приложению № 3 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.7.3. половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива скорой медицинской помощи; коэффициенты половозрастного состава; коэффициент уровня расходов медицинских организаций; коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожными картами» развития здравоохранения в Санкт-Петербурге; фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций согласно Приложению № 2 к СОГЛАШЕНИЮ;

3.7.4. норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (на 1 вызов скорой медицинской помощи) – 6 119,90 руб.

3.8. Структура тарифа на оплату медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг (за исключением бригад скорой медицинской помощи), коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 400 тыс. руб. за единицу, а также допускается приобретение основных средств (медицинских изделий, используемых для проведения медицинских вмешательств, лабораторных и инструментальных исследований) стоимостью до 1 млн. рублей при отсутствии у медицинской организации не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств обязательного медицинского страхования. Структура тарифа на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в рамках Территориальной программы

ОМС включает в себя расходы на приобретение основных средств вне зависимости от их стоимости.

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, А ТАКЖЕ УПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ШТРАФОВ ЗА НЕОКАЗАНИЕ, НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ОКАЗАНИЕ ЛИБО ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕНАДЛЕЖАЩЕГО КАЧЕСТВА

Сведения о перечне оснований для отказа в оплате медицинской помощи либо уменьшения оплаты медицинской помощи в соответствии с порядком проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н, (далее – перечень оснований) приведены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ.

Размеры неоплаты, неполной оплаты затрат на оказание медицинской помощи и размеры уплаты штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по перечню оснований исчислены в соответствии с методикой, установленной Правилами обязательного медицинского, и установлены в Приложении № 20 к СОГЛАШЕНИЮ.

5. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

5.1. Изменения и дополнения к настоящему СОГЛАШЕНИЮ оформляются **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ СОГЛАШЕНИЯМИ** на основании решений Комиссии и признаются действительными после их оформления в письменном виде и подписания сторонами СОГЛАШЕНИЯ.

5.2. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

- Приложение № 1 «Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи» - на 118 л.;

- Приложение № 2 «Половозрастные коэффициенты дифференциации для половозрастных групп, перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и имеющих прикрепившихся лиц, оплата медицинской помощи в которых осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай), коэффициенты для расчета подушевого норматива финансирования, размер подушевого финансирования по амбулаторной помощи с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 6 л.;

- Приложение № 3 «Подушевые нормативы финансирования для оплаты скорой медицинской помощи в Санкт-Петербурге, тариф за вызов скорой медицинской помощи, перечень медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь вне медицинских организаций, с 01.01.2025 по 31.12.2025» – на 14 л.;

- Приложение № 4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2025 по 31.01.2025» - на 189 л.;

- Приложение № 4-2 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, не включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, финансовое обеспечение которых осуществляется за счет средств межбюджетного трансферта, предоставляемого из бюджета Санкт-Петербурга бюджету Территориального фонда ОМС на финансовое

обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 4 л.;

- Приложение № 4-3 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 60 л.;

- Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 58 л.;

- Приложение № 6 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 22 л.;

- Приложение № 7 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 5 л.;

- Приложение № 8 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях взрослому населению с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 1 л.;

- Приложение № 9 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях детскому населению с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 1 л.;

- Приложение № 10 «Тарифы на отдельно оплачиваемые услуги с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 28 л.;

- Приложение № 11 «Тарифы на анестезиологические пособия с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 3 л.;

- Приложение № 12 «Тарифы на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях: за обращение по поводу заболевания (законченный случай лечения), за врачебные посещения, неотложную помощь и исследования с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 4 л.;

- Приложение № 12-а «Тарифы за законченный случай лечения в условиях дневного стационара (в том числе по профилю «медицинская реабилитация») взрослому населению с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 20 л.;

- Приложение № 12-б «Тарифы за обращение (законченный случай лечения) в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 17 л.;

- Приложение № 12-в «Тарифы за законченный случай лечения по профилю «медицинская реабилитация» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 3 л.;

- Приложение № 12-г «Тарифы за законченный случай лечения сосудистых новообразований (гемангиом) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 1 л.;

- Приложение № 12-д «Тарифы за законченный случай лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 1 л.;

- Приложение № 12-е «Тарифы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с 01.01.2025 по 31.12.2025 - на 3 л.;

- Приложение № 12-к «Тарифы за законченный случай лечения в специализированных центрах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 3 л.;

• Приложение № 12-т «Тарифы за амбулаторное ведение пациентов с функционирующими трансплантатами, находящихся в «листе ожидания трансплантации органа» с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 12-у «Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 3 л.;

• Приложение № 12-геп «Тарифы на законченный случай лечения пациентов с вирусным гепатитом С по стоимости клинико-статистических групп заболеваний в условиях дневного стационара с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 12-диализ «Тарифы на амбулаторное ведение пациентов с хронической болезнью почек, находящихся на лечении перитонеальным диализом и гемодиализом, в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 5 л.;

• Приложение № 12-дн «Тарифы на оплату проведения диспансерного наблюдения взрослого населения с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 12-проф «Тарифы на оплату профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров, диспансеризации) с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 6 л.;

• Приложение № 13 «Тарифы на амбулаторно-консультативную помощь с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 9 л.;

• Приложение № 13-а «Тарифы на исследования компьютерная рентгеномография, магниторезонансная томография с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 6 л.;

• Приложение № 13-м «Тарифы на молекулярно-генетические исследования в амбулаторных условиях с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 13 л.;

• Приложение № 13-пат «Тарифы на прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, с 01.01.2025 по 31.01.2025» - на 4 л.;

• Приложение № 13-патОнк «Тарифы на прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 13-ПЭТ «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 13-ПЭТ Онко «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией при онкологических заболеваниях, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 13-ОФЭКТ «Тарифы на исследования однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

• Приложение № 13-уд «Тарифы на оплату исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках углубленной диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19), в рамках реализации территориальной

программы обязательного медицинского страхования с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 2 л.;

- Приложение № 13-узис «Тарифы на ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 4 л.;

- Приложение № 13-эндо «Тарифы на эндоскопические диагностические исследования в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 3 л.;

- Приложение № 14 «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 18 л.;

- Приложение № 14-а «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях, оказываемую взрослому и детскому населению в неотложной форме в ночное* время, в выходные и праздничные дни с 01.01.2025 по 31.12.2025» – на 3 л.;

- Приложение № 15 «Тарифы на оплату отдельных законченных случаев лечения по профилям «Детская онкология» и «Онкология» по стоимости клинико-статистических групп заболеваний с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 47 л.

- Приложение № 16 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения по стоимости клинико-статистических групп заболеваний с применением генно-инженерных биологических препаратов с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 6 л.

- Приложение № 17 «Перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в стационарных условиях и условиях дневного стационара» - на 6 л.

- Приложение № 18 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» – на 6 л.;

- Приложение № 19 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в условиях дневного стационара» – на 10 л.;

- Приложение № 20 «Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов» – на 12 л.;

- Приложение № 21 «Тарифы на законченный случай лечения в стационарных условиях по стоимости клинико-статистических групп заболеваний; тарифы на законченный случай лечения в условиях дневного стационара по стоимости клинико-статистических групп заболеваний; перечень случаев, для которых устанавливается КСЛП (для стационарных условий и условий дневного стационара)», с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 23 л.;

- Приложение № 22 «Перечень клинико-статистических групп с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» - на 9 л.;

- Приложение № 23 «Перечень клинико-статистических групп, при оплате по которым не применяется коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации в стационарных условиях и условиях дневного стационара» - на 10 л.;

- Приложение № 24 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» - на 3 л.;

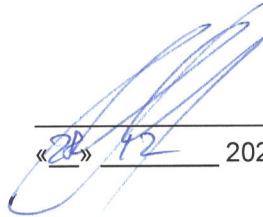
- Приложению № 25 «Порядок применения показателей результативности и осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности» - на 5 л.

5.3. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01.01.2025 и действует по 31.12.2025.

Представители сторон Генерального тарифного соглашения:

**от исполнительного органа
государственной власти Санкт-Петербурга:**

Врио председателя
Комитета по здравоохранению

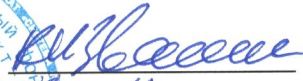

«28» 12 2024 г.

Ю.М. Шишкин

от ТФОМС Санкт-Петербурга:

Директор




«28» 12 2024 г.

К.Н. Звоник

от страховых медицинских организаций:

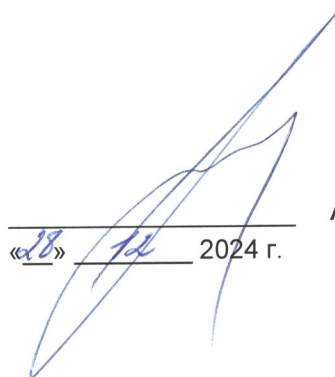
Директор Санкт-Петербургского филиала
АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»


«28» 12 2024 г.

О.Н. Ягодина

**от медицинских профессиональных
некоммерческих организаций:**

Член Совета Региональной
общественной организации
«Врачи Санкт-Петербурга»

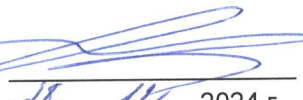

«28» 12 2024 г.

А.В. Ким

**от профессиональных союзов
медицинских работников:**

Председатель Межрегиональной
Санкт-Петербурга и Ленинградской области
организации Профсоюза работников
здравоохранения РФ




«28» 12 2024 г.

И.Г. Элиович

