Приложение №6 к решению заседания Комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Санкт-Петербурге от 30.09.2025 №12

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

**на 2025 год**

**1. Общие положения**

Комитет по здравоохранению в лице председателя Сараны Андрея Михайловича,

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга» в лице директора Лисовца Дмитрия Геннадьевича,

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 21.08.2025 № 496н, 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.

**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 XI](consultantplus://offline/ref=1B09471D71AED08E6CBB78DC3FA983D4D897D5DB7E5443B01B557E6E5C1C7DD8F6996F5293CA26EFj9K3L)I Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 февраля 2019 года № 108н (редакция действует с 01.01.2025 по 08.09.25).

«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 XI Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н.» (редакция абзаца действует с 09.09.2025).

Установление тарифов на отдельные медицинские услуги осуществляется   
в соответствии с [Номенклатурой](consultantplus://offline/ref=1B09471D71AED08E6CBB78DC3FA983D4D897D6DE7A5243B01B557E6E5C1C7DD8F6996F5293CA23E7j9K5L) 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 ‑ 10 493,41 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,   
№ 12к (часть 1), № 12-диализ, № 12-проф, № 12-дн, № 12-т, № 12-школы (с 01.08.2025), № 13, № 13а, № 13-м, № 13-пат, № 13-патОнк, № 13-ПЭТ, № 13-ПЭТ Онко, № 13-ОФЭКТ (искл. с 01.07.2025), № 13-узис, № 13-эндо, № 14, № 14а 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 – 2 501,63 рублей;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования - 2 727,72 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 (абзац исключён с 01.07.2025);

- школа для больных с хроническими заболеваниями – 1 682,15 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 – 11 815,24 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-ижненерных 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 № 17.

Редакция пункта 3.4.3 действует с 01.01.2025 по 31.01.2025.

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; при проведении антимикробной терапии инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами; а также для расчета тарифов на законченный случай лечения с применением генноижненерных 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 42 770,95 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 3х 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 № 17.

Редакция пункта 3.4.3 действует с 01.02.2025.

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 № 42 к СОГЛАШЕНИЮ;

- по видам высокотехнологичной медицинской помощи, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно Приложению № 43   
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 – 2 795,44 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-ижненерных 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 № 17.

Редакция пункта 3.6.3 действует с 01.01.2025 по 31.01.2025.

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-ижненерных 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 22 653,89 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 3х 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 № 17.

Редакция пункта 3.4.3 действует с 01.02.2025.

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 – 1 774,77 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.