

ГЕНЕРАЛЬНОЕ ТАРИФНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

на 2026 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 от 17.12.2025 № 756-148 «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов» 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 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, утвержденной Законом Санкт-Петербурга от 17.12.2025 № 756-148 (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. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой 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 (далее - ПЭТ/ПЭТ-КТ), и однофотонной эмиссионной компьютерной томографии/однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, совмещенной с компьютерной томографией включая все виды скintiграфических исследований (далее - ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ/скintiграфия), неинвазивного пренатального тестирования (определения внеклеточной ДНК плода по крови матери), определения РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С), на ведение школ для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания, профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья, а также средств на оплату диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях, посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение, дистанционное наблюдение за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом, медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями и финансовое обеспечение фельдшерско-акушерских пунктов (фельдшерских пунктов, фельдшерских здравпунктов) 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 патологоанатомических исследований биопсийного (операционного) материала, ПЭТ/ПЭТ-КТ, ОФЭКТ/ОФЭКТ-КТ/сцинтиграфия, неинвазивного пренатального тестирования (определение внеклеточной ДНК плода по крови матери), определение РНК вируса гепатита С (Hepatitis C virus) в крови методом полимеразной цепной реакции, лабораторной диагностики для пациентов с хроническим вирусом гепатита С (оценка стадии фиброза, определение генотипа вируса гепатита С);

профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья;

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;

посещений с профилактическими целями центров здоровья, включая диспансерное наблюдение;

дистанционного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с артериальной гипертензией и сахарным диабетом;

медицинской помощи с применением телемедицинских технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников между собой, в том числе при проведении консилиумов врачей и при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями;

медицинской помощи при ее оказании пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе с сахарным диабетом, в части ведения школ, в том числе с сахарным диабетом и школ для беременных и по вопросам грудного вскармливания;

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, № 12-в, № 12-к, № 12-т, № 12-школы, № 13, № 14, № 14-а к СОГЛАШЕНИЮ.

2.2. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой

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 № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 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.

2.3. Способы оплаты медицинской помощи, оказываемой 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 высокотехнологичной медицинской помощи), за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной 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 № 8 к Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов, в том числе в сочетании с оплатой за услугу диализа (в том числе в сочетании с оплатой по клинико-статистической группе заболеваний, группе высокотехнологичной медицинской помощи).

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

2.4. В целях перехода на оплату медицинской помощи 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 высокотехнологичной медицинской помощи) в условиях дневного стационара и специализированной медицинской помощи (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи) в стационарных условиях на основе клинико-статистических групп заболеваний (далее – Пилотный проект).

2.5. Способы оплаты скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

2.5.1. Оплата скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации, в соответствии с Территориальной программой ОМС осуществляется согласно Приложению № 3 к СОГЛАШЕНИЮ:

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;

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.

2.5.2. 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.

2.6. 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 № 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);
- 31 – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации;
- 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 вызов скорой медицинской помощи.

3. РАЗМЕР И СТРУКТУРА ТАРИФОВ НА ОПЛАТУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. СОГЛАШЕНИЕ устанавливает действующие в 2026 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 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21.08.2025 № 496н.

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, включая расходы на использование беспилотных авиационных систем (транспортных средств) для транспортировки биоматериалов, лекарственных препаратов и иных медицинских грузов, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества,

включая расходы на техническое обслуживание и ремонт основных средств, расходы на арендную плату, в том числе за пользование имуществом, финансовую аренду объектов (лизинг), а также выкуп предмета лизинга, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до 400 тыс. рублей 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 непогашенной в течение трех месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС. 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.

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 составляет 11 063,45 на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

3.3.2. Половозрастные коэффициенты дифференциации подушевого норматива в разрезе половозрастных групп населения; базовый подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц; дифференцированные подушевые нормативы финансирования амбулаторной медицинской помощи; коэффициенты дифференциации на прикрепившихся к медицинской организации лиц с учетом наличия подразделений, расположенных в сельской местности, отдаленных территориях, поселках городского типа и малых городах с численностью населения до 50 тысяч человек, и расходов на их содержание и оплату труда персонала; 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; коэффициент дифференциации для каждой медицинской организации, согласно Приложению № 2 к СОГЛАШЕНИЮ.

Подушевой норматив финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях (за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказанной гражданам на дому) на прикрепившихся лиц включает, в том числе расходы на оказание медицинской помощи с применением телемедицинских (дистанционных) технологий при дистанционном взаимодействии медицинских работников с пациентами или их законными представителями, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций маломобильных граждан, имеющих физические ограничения, а также жителям отдаленных и малонаселенных районов, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения, проведение медицинским психологом консультирования ветеранов боевых действий, его (ее) супруг(а), а также супруг(а) участника специальной военной операции, пропавшего без вести, лиц, состоящих на диспансерном наблюдении, женщин в период беременности, родов и послеродовой период по направлению лечащего врача по вопросам, связанным с имеющимся заболеванием и (или) состоянием, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования.

3.3.3. Тарифы на оплату единиц объема медицинской помощи (медицинская услуга, услуга диализа, посещение, обращение (законченный случай)), комплексные посещения, применяемые, в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Санкт-Петербурга лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, 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, № 13, № 13а, № 13-м, № 13-пат, № 13-патОнк, № 13-ПЭТ, № 13-ОФЭКТ, № 13-узис, № 13-эндо, № 14, № 14а 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. Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций, финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, согласно Приложению № 24 к СОГЛАШЕНИЮ.

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

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, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 11 992,98 рублей (без учета средств, направляемых на оплату стационарной медицинской помощи, оказываемой

застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

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», а также для расчета тарифов на законченный случай лечения с применением генно-инженерных биологических препаратов устанавливаются:

перечень клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в стационарных условиях в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно Приложениям № 15, № 16, № 21 к СОГЛАШЕНИЮ;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) - 42 770,95 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,168);

значения коэффициентов:

- коэффициент дифференциации;
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- коэффициент сложности лечения пациента;
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, согласно Приложениям № 15, № 16, № 21 к СОГЛАШЕНИЮ;

размер оплаты и порядок прерванных случаев оказания медицинской помощи согласно Приложению № 1 к СОГЛАШЕНИЮ;

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

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

перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в стационарных условиях, согласно Приложению № 17 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.5. Тарифы на оплату законченных случаев лечения заболеваний с применением методов высокотехнологичной медицинской помощи, установленные с учетом коэффициента дифференциации:

- 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, определенный на основе нормативов объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования, составляет 3 333,76 рублей (без учета средств, направляемых на оплату медицинской помощи оказываемой в условиях дневного стационара застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

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», 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 клинико-статистических групп заболеваний (далее - КСГ), в соответствии с перечнем заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), при которых оказывается первичная медико-санитарная и специализированная медицинская помощь (за исключением высокотехнологичной медицинской помощи), в условиях дневного стационара в составе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, с указанием коэффициентов относительной затратоемкости КСГ и доли заработной платы и прочих расходов в структуре затрат тарифа на оплату медицинской помощи по КСГ, в соответствии с перечнем, приведенным в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, согласно Приложениям № 15, № 16, № 21, № 12-е, № 12-геп к СОГЛАШЕНИЮ;

размер базовой ставки (размер средней стоимости законченного случая лечения, включенного в КСГ) - 22 653,89 рублей (с учетом коэффициента дифференциации в размере 1,168);

значения коэффициентов:

- коэффициент дифференциации;
- коэффициент специфики оказания медицинской помощи;
- коэффициент сложности лечения пациента;
- коэффициент уровня (подуровня) медицинской организации, согласно Приложениям № 15, № 16, № 21, № 12-е, № 12-геп к СОГЛАШЕНИЮ;

размер оплаты и порядок прерванных случаев оказания медицинской помощи согласно Приложению № 1 к СОГЛАШЕНИЮ;

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

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

перечень клинико-статистических групп, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию в условиях дневного стационара, согласно Приложению № 17 к СОГЛАШЕНИЮ.

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, составляет 1 707,54 рублей на одно застрахованное лицо (без учета средств, направляемых на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования).

3.7.2. Размер базового подушевого норматива финансирования на прикрепившихся лиц; дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи для медицинских организаций; 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; коэффициенты дифференциации для каждой медицинской организации, согласно Приложению № 3 к СОГЛАШЕНИЮ.

3.7.3. Тарифы на оплату единицы объема медицинской помощи (вызов скорой медицинской помощи, медицинская услуга), применяемые, в том числе для оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями Санкт-Петербурга лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, согласно Приложению № 3 к СОГЛАШЕНИЮ.

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

4. РАЗМЕР НЕОПЛАТЫ ИЛИ НЕПОЛНОЙ ОПЛАТЫ ЗАТРАТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ 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. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ И ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

Объемы предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения медицинской помощи распределяются между медицинскими организациями решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования на условиях недопущения превышения нормативов объемов предоставления медицинской помощи и нормативов финансового обеспечения медицинской помощи, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования, в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования и не включаются в состав Тарифного соглашения.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. 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.

6.2. Неотъемлемой частью СОГЛАШЕНИЯ являются:

• Приложение № 1 «Порядок применения тарифов, подушевых нормативов финансирования на оплату медицинской помощи» - на 103 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 01.01.2026 по 31.12.2026» – на 6 л.;

• Приложение № 4 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 192 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 16 л.;

• Приложение № 4-3 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи по видам, включенным в базовую программу обязательного медицинского страхования, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 36 л.;

• Приложение № 5 «Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара детскому населению, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 23 л.;

• Приложение № 6 «Тарифы на оплату медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», оказываемой в стационарных условиях и в условиях дневного стационара взрослому населению, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 5 л.;

• Приложение № 8 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях взрослому населению с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 1 л.;

• Приложение № 9 «Тарифы на реанимационные пособия при оказании медицинской помощи в стационарных условиях детскому населению с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 1 л.;

• Приложение № 10 «Тарифы на отдельно оплачиваемые услуги с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 27 л.;

• Приложение № 11 «Тарифы на анестезиологические пособия с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 4 л.;

• Приложение № 12а «Тарифы на оплату медицинской помощи взрослому населению в условиях дневного стационара с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 12 л.;

• Приложение № 12б «Тарифы за обращение (законченный случай лечения) в амбулаторных условиях с 01.01.2025 по 31.12.2025» - на 16 л.;

• Приложение № 12в «Тарифы за законченный случай лечения по профилю «медицинская реабилитация» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 4 л.;

• Приложение № 12г «Тарифы за законченный случай лечения сосудистых новообразований (гемангиом) при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 1 л.;

• Приложение № 12д «Тарифы за законченный случай лечения при оказании медицинской помощи в условиях дневного стационара детскому населению с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 л.;

• Приложение № 12-е «Тарифы на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ЭКО) с 01.01.2026 по 31.12.2026 - на 4 л.;

• Приложение № 12к «Тарифы за законченный случай лечения в специализированных центрах диагностики и лечения воспалительных заболеваний кишечника с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 3 л.;

• Приложение № 12г «Тарифы за амбулаторное ведение пациентов с функционирующими трансплантатами, находящихся в «листе ожидания трансплантации органа» с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 л.;

• Приложение № 12у «Тарифы за единицу объема медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, финансовое обеспечение которой осуществляется по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 5 л.;

• Приложение № 12-дн «Тарифы на оплату проведения диспансерного наблюдения взрослого населения с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 3 л.;

• Приложение № 12-проф «Тарифы на оплату профилактических мероприятий (профилактических медицинских осмотров, диспансеризации) с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 12 л.;

- Приложение № 12-школы «Тарифы на школы пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 л.;
- Приложение № 13 «Тарифы на амбулаторно-консультативную помощь с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 6 л.;
- Приложение № 13-а «Тарифы на исследования компьютерная рентгеномтомография, магниторезонансная томография с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 7 л.;
- Приложение № 13-м «Тарифы на молекулярно-генетические исследования в амбулаторных условиях с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 16 л.;
- Приложение № 13-пат «Тарифы на прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала, с 01.01.2026 по 31.01.2026» - на 2 л.;
- Приложение № 13-патОнк «Тарифы на прижизненные патолого-анатомические исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 л.;
- Приложение № 13ПЭТ_ПЭТ-КТ «Тарифы на исследования позитронно-эмиссионной томографии и позитронно-эмиссионной томографии совмещенной с компьютерной томографией, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 2 л.;
- Приложение № 13ОФЭКТ_ОФЭКТ-КТ «Тарифы на исследования однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, проводимые в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 1 л.;
- Приложение № 13-узис «Тарифы на ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 4 л.;
- Приложение № 13-эндо «Тарифы на эндоскопические диагностические исследования в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 3 л.;
- Приложение № 14 «Тарифы на первичную медико-санитарную специализированную стоматологическую помощь в амбулаторных условиях с 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 17 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 14 л.;

• Приложение № 16 «Тарифы на оплату законченных случаев лечения по стоимости клинико-статистических групп заболеваний с применением генно-инженерных биологических препаратов с 01.01.2026 по 31.12.2026» - 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 13 л.;

• Приложение № 20 «Размеры сумм, не подлежащих оплате (уменьшения оплаты), и размеры штрафов» - на 10 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 01.01.2026 по 31.12.2026» - на 25 л.;

• Приложение № 22 «Перечень клинико-статистических групп с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в стационарных условиях и в условиях дневного стационара» - на 8 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 11 л.;

• Приложение № 24 «Перечень показателей результативности деятельности медицинских организаций при оплате медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц» - на 10 л.;

• Приложению № 25 «Порядок применения показателей результативности и осуществления выплат медицинским организациям за достижение показателей результативности деятельности» - на 4 л.

6.3. СОГЛАШЕНИЕ вступает в силу с 01.01.2026 и действует по 31.12.2026.

Представители сторон Генерального тарифного соглашения:

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

Председатель
Комитета по здравоохранению



А.М. Сарана

от ТФОМС Санкт-Петербурга:

Директор

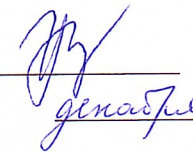


«26» декабря
2025 г.

Д.Г. Лисовец

от страховых медицинских организаций:

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

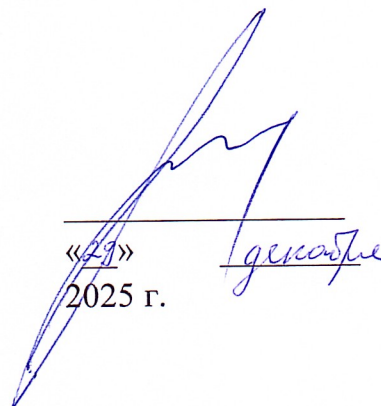


«26» декабря
2025 г.

О.Н. Ягодина

**от медицинских профессиональных
некоммерческих организаций:**

Член Совета Региональной
общественной организации
«Врачи Санкт-Петербурга»



«29» декабря
2025 г.

А.В. Ким

**от профессиональных союзов
медицинских работников:**

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



«29» декабря
2025 г.

И.Г. Элиович