**Дополнительное соглашение № 2/190-ОМС**

**к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 26 декабря 2024 года № 190-ОМС**

28 марта 2025 года

Министерство здравоохранения Челябинской области в лице:

- Министра здравоохранения Челябинской области Колчинской Татьяны Петровны,

- первого заместителя Министра здравоохранения Челябинской области Недочуковой Елены Сергеевны,

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Челябинской области в лице:

- директора Ткачевой Агаты Геннадьевны,

- заместителя директора по финансовым вопросам Мироновой Натальи Юрьевны,

Челябинский филиал общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» в лице директора Челябинского филиала Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС» - заместителя директора по региональному управлению Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-ОМС», полномочного представителя Всероссийского союза страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области Коноваленко Яны Александровны,

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО «АСТРАМЕД-МС» (СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ) ФИЛИАЛ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ в лице первого заместителя директора Ковтуна Александра Алексеевича,

Союз медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области» в лице:

- председателя Альтмана Давида Шуровича,

- члена Союза Москвичевой Марины Геннадьевны,

Челябинская областная организация Профессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации в лице:

- председателя Рываева Дениса Петровича,

- главного специалиста по социально-экономическим вопросам Кинихиной Валентины Николаевны,

именуемые в дальнейшем Стороны, заключили настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 26 декабря 2024 года № 190-ОМС (далее – Тарифное соглашение) о нижеследующем:

1. В раздел II «Способы оплаты медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области» внести следующие изменения:

1.1. В подпункт 1 внести следующие изменения:

1.1.1. Подпункт в) исключить.

1.1.2. В подпункте ж) слова «, а также диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме» исключить.

1.2. В подпункт 2 внести следующие изменения:

1.2.1. Абзац 2 после слов «колоректального рака» дополнить словами   
«, проведения исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО».

1.2.2. Абзац 3 изложить в новой редакции: «- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оплате медицинской помощи, установленной в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях, медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии;».

1.3. Абзац 2 подпункта 4 изложить в новой редакции:

«- за законченный случай лечения заболевания, за прерванный случай госпитализации при оплате медицинской помощи, оказанной по профилю медицинской помощи «онкология» в специализированном отделении Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины», пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по профилям медицинской помощи «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия»; высокотехнологичной медицинской помощи по профилям медицинской помощи «кардиохирургические», «сердечно-сосудистой хирургии» больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (эндоваскулярная механическая тромбэкстракция и (или) тромбоаспирация); по профилю медицинской помощи «акушерство и гинекология», в части хирургического органосохраняющего лечения женщин (оперативные вмешательства с использованием сетчатых протезов); по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования коленных суставов с одновременной реконструкцией биологической оси конечности; по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования суставов конечностей с одновременной реконструкцией биологической оси конечности;».

1.4. После подпункта 5 дополнить подпунктом 51 следующего содержания:

«51) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в дополнение к базовой программе ОМС:

-за законченный случай лечения заболевания - при оплате медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения неполного цикла ЭКО без проведения криоконсервации эмбриона (стимуляция суперовуляции; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации эмбрионов), проведения неполного цикла ЭКО с проведением криоконсервации эмбриона/ проведение полного цикла ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией без переноса эмбрионов; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов без осуществления криоконсервации эмбрионов), проведения полного цикла ЭКО с криоконсервацией эмбрионов (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов с осуществлением криоконсервации эмбрионов);».

1.5. После абзаца 30 дополнить абзацем следующего содержания:

«Финансовое обеспечение видов медицинской помощи, не включенных в базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц в соответствии с пунктом 1.1.2.2, в том числе диспансерного наблюдения детей, проживающих в организациях социального обслуживания (детских домах-интернатах), предоставляющих социальные услуги в стационарной форме, осуществляется за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, посещение, комплексное посещение, обращение (законченный случай).».

1.6. В главу 1 «Оплата медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

1.6.1. Абзац 2 пункта 1.1.2.1 после слов «оказанной с применением телемедицинских технологий» дополнить словами «, за исключением расходов на оплату телемедицинских консультаций, проведенных медицинскими организациями, не имеющими прикрепленного населения».

1.6.2. Пункт 1.1.2.3 изложить в новой редакции:

«1.1.2.3. Общий объем средств на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области , определяется по следующей формуле:

, где

НоПМО - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоДИСП - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоРЕПР- средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоИЦ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НоОЗ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, обращений;

НоД(Л)И **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, исследований;

НоШКОЛ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоНЕОТЛ **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, посещений;

НоМР **-** средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоДН - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НоЦЗ - средний норматив объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, комплексных посещений;

НфзПМО - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения профилактических медицинских осмотров, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзДИСП - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации, в том числе углубленной диспансеризации, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзРЕПР - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзИЦ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для посещений с иными целями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзОЗ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в связи с заболеваниями, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзД(Л)И **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях для проведения отдельных диагностических (лабораторных) исследований, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзШКОЛ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзНЕОТЛ **-** средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзМР - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для обращения по заболеванию при оказании медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация», установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзДН - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для диспансерного наблюдения, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

НфзЦЗ - средний норматив финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, для комплексных посещений с профилактическими целями центров здоровья, установленный территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСМТР **-** объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях и оплачиваемой за единицу объема медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС, рублей;

Чз **-** численность застрахованного населения Челябинской области, человек.».

1.6.3. Пункт 1.1.2.5 изложить в новой редакции:

«1.1.2.5. Объем средств на оплату медицинской помощи в амбулаторных условиях по подушевому нормативу финансирования, оказываемой медицинскими организациями, участвующими в реализации территориальной программы ОМС Челябинской области, рассчитывается за исключением объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи, оплачиваемой за единицу объема и средств на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, по следующей формуле:

, где:

ОСПНФ - объем средств на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

ОСФАП **-**объем средств, направляемых на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов в соответствии с установленными территориальной программой размерами финансового обеспечения фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, рублей;

ОСД(Л)И **-**объем средств, направляемых на оплату проведения 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 с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, ПЭТ/ КТ, ОФЭКТ, ОФЭКТ/КТ) в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСШКОЛ **-** объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи оказываемой в амбулаторных условиях в школах для больных с хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе в школах для пациентов с сахарным диабетом в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСНЕОТЛ **-** объем средств, направляемых на оплату посещений в неотложной форме в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСЕО **-** объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях за единицу объема медицинской помощи застрахованным в Челябинской области лицам; комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация» в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСПО **-**объем средств, направляемых на оплату проведения профилактических медицинских осмотров, рассчитанный по тарифам на оплату комплексных посещений в соответствии с установленными объемами предоставления медицинской помощи, рублей;

ОСДИСП **-**объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр, рассчитанный по тарифам на оплату комплексных посещений в соответствии с установленными объемами предоставления медицинской помощи; объем средств, направляемых на оплату проведения углубленной диспансеризации в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСРЕПР - объем средств, направляемых на оплату проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСДН **-**объем средств, направляемых на оплату проведения диспансерного наблюдения, включая диспансерное наблюдение работающих граждан, в том числе центрами здоровья, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОСЦЗ **-**объем средств, направляемых на оплату посещений с профилактическими целями центров здоровья, в соответствии с нормативами, установленными территориальной программой в части базовой программы ОМС, рублей;

ОС2ЭТ **-**объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи, предоставляемой в рамках II этапа диспансеризации, II этапов диспансеризации, направленной на оценку репродуктивного здоровья женщин и мужчин, и углубленной диспансеризации, рублей;

1.6.4. Пункт 1.2.14 изложить в новой редакции:

«1.2.14. Медицинская помощь, оказанная в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 30.12.2022 № 1981, от 11.04.2023 № 279 в школах для пациентов с сахарным диабетом, подлежит оплате за комплексное посещение по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным таблицей 1 приложения 9/11 к Тарифному соглашению.

Медицинская помощь, оказанная в школах для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, подлежит оплате за комплексное посещение, включающее не менее 2 посещений, по тарифу на оплату медицинской помощи, установленному таблицей 2 приложения 9/11 к Тарифному соглашению.».

1.6.5. Пункт 1.2.16.1 изложить в новой редакции:

«1.2.16.1. Оплата проведенных в соответствии с приказом Минздрава России от 27.04.2021 № 404н, приказом Минздрава Челябинской области от 28.12.2024 № 953, иными нормативно-правовыми актами:

- профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, диспансеризации (I этапа) определенных групп взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения;

- диспансеризации (II этапа) определенных групп взрослого застрахованного населения осуществляется по тарифам осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий.

Профилактический медицинский осмотр взрослого застрахованного населения не может быть оплачен в качестве самостоятельного мероприятия в случае проведения диспансеризации (за исключением углубленной диспансеризации и диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста по оценке репродуктивного здоровья) в одном календарном году (оплате подлежит только одно из двух перечисленных мероприятий).».

1.6.6. В пункте 1.2.16.2 абзац 2 исключить.

1.6.7. В пункте 1.2.19.1 слова «приложения 12» заменить словами «приложения 11».

1.6.8. Пункт 1.2.21 изложить в новой редакции:

«1.2.21. Оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется по тарифам на оплату комплексного посещения, установленным приложениями 11, 12 к Тарифному соглашению.

В случае проведения профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, в выходные дни к тарифу комплексного посещения применяется повышающий коэффициент в размере 1,05.».

1.6.9. В пункт 1.2.24.6 внести следующие изменения:

1.6.9.1. После абзаца 5 дополнить абзацем следующего содержания:   
«- исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО, проведенных женщинам в возрасте 18-49 лет,».

1.6.9.2. После абзаца 6 дополнить абзацем следующего содержания: «Оплата медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС, в части проведения исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО, осуществляется не более 1 раза в течение календарного года.».

1.6.10. После пункта 1.2.27.2 дополнить пунктом 1.2.28 следующего содержания:

«1.2.28. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС в амбулаторных условиях, в части проведения процедуры криопереноса эмбриона, осуществляется в пределах объемов предоставления медицинской помощи, установленных решением Комиссии, в рамках утвержденных бюджетных ассигнований, за обращение, включающее 2 посещения, по тарифу «Акушер-гинеколог (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» при условии применения кода медицинской услуги А11.20.030.001 «Внутриматочное введение криоконсервированного эмбриона».».

1.7. Главу 2 «Оплата медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях» после пункта 2.5.1 дополнить пунктом 2.5.11 следующего содержания:

«2.5.11. Оплата высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС взрослому застрахованному населению Челябинской области, включенной в раздел I приложения № 1 к Программе, осуществляется в рамках объемов, установленных решением Комиссии, по профилям медицинской помощи «кардиохирургические», «сердечно-сосудистой хирургии» больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (эндоваскулярная механическая тромбэкстракция и (или) тромбоаспирация); по профилю медицинской помощи «акушерство и гинекология», в части хирургического органосохраняющего лечения женщин (оперативные вмешательства с использованием сетчатых протезов); по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования коленных суставов с одновременной реконструкцией биологической оси конечности; по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования суставов конечностей с одновременной реконструкцией биологической оси конечности

в размере 100% стоимости законченного случая, включая прерванные случаи оказания высокотехнологичной медицинской помощи, по тарифам на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, установленным таблицей 3 приложения 16 к Тарифному соглашению.

При этом в рамках одной госпитализации оплачивается один случай ВМП на одной профильной койке и койке реанимации и интенсивной терапии (при необходимости) или койке реанимации и интенсивной терапии в случае смерти пациента.

Отнесение случая оказания медицинской помощи к высокотехнологичной медицинской помощи, оплачиваемой в дополнение к базовой программе ОМС, осуществляется при соответствии наименования вида высокотехнологичной медицинской помощи, кодов МКБ 10, модели пациента, вида лечения и метода лечения аналогичным параметрам, установленным Программой Перечнем.

В случае если хотя бы один из вышеуказанных параметров не соответствует Перечню, оплата случая оказания медицинской помощи за счет средств межбюджетного трансферта из бюджета Челябинской области не осуществляется.».

1.8. Главу 3 «Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров» после пункта 3.5.1 дополнить пунктом 3.5.2 следующего содержания:

«3.5.2. Оплата медицинской помощи, оказанной в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области в условиях дневного стационара, в части проведения экстракорпорального оплодотворения (далее – ЭКО) производится в размере 100% стоимости законченного случая лечения по тарифам на оплату медицинской помощи:

- «Гинекологические (ЭКО I этап) (сверх БП ОМС)» в случае, если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I этапа (стимуляция суперовуляции);

- «Гинекологические (ЭКО I-II этап) (сверх БП ОМС)» в случае, если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I-II этапов (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки);

- «Гинекологические (ЭКО I-III этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)» - в случае, если базовый цикл ЭКО завершен по итогам I-III этапов (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации эмбрионов);

- «Гинекологические (ЭКО I-III этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)», в случае проведения первых трех этапов цикла ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией без переноса эмбрионов);

- «Гинекологические (ЭКО I-IV этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)» в случае проведения в рамках случая госпитализации четырех этапов цикла ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов без осуществления криоконсервации эмбрионов);

- «Гинекологические (ЭКО I-IV этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)» в случае проведения в рамках одного случая всех этапов цикла ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов с осуществлением криоконсервации эмбрионов).».

2. В раздел III «Размер и структура тарифов на оплату медицинской помощи» внести следующие изменения:

2.1. Абзац 21 изложить в новой редакции:

«Тарифы на оплату медицинской помощи по видам и условиям, установленным в дополнение к базовой программе ОМС, в части амбулаторно-поликлинической помощи (в том числе проведение прижизненных патолого-анатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований), за исключением выявления онкологических заболеваний; проведение иммуногистохимических исследований; компьютерной томографии; оказание дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии; проведение исследований гликированного гемоглобина в крови в рамках федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом»; проведение исследований кала на скрытую кровь (количественным (иммунотурбидиметрическим) методом) с целью раннего выявления колоректального рака; проведение процедуры криопереноса эмбриона в амбулаторных условиях; проведение исследований микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО); медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (проведение прижизненных патолого-анатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) для исследования последов; оказание высокотехнологичной медицинской помощи (по профилям медицинской помощи «кардиохирургические», «сердечно-сосудистой хирургии» больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (эндоваскулярная механическая тромбэкстракция и (или) тромбоаспирация); по профилю медицинской помощи «акушерство и гинекология», в части хирургического органосохраняющего лечения женщин (оперативные вмешательства с использованием сетчатых протезов); по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования коленных суставов с одновременной реконструкцией биологической оси конечности; по профилю медицинской помощи «травматология и ортопедия», в части эндопротезирования суставов конечностей с одновременной реконструкцией биологической оси конечности); медицинской помощи по профилю «онкология», по профилям медицинской помощи «сердечно-сосудистая хирургия», «кардиология» пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография)); медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (проведение неполного цикла ЭКО без проведения криоконсервации эмбриона (стимуляция суперовуляции; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов без последующей криоконсервации эмбрионов), проведение неполного цикла ЭКО с проведением криоконсервации эмбриона/ проведение полного цикла ЭКО (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов с последующей криоконсервацией без переноса эмбрионов; стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов без осуществления криоконсервации эмбрионов), проведение полного цикла ЭКО с криоконсервацией эмбрионов (стимуляция суперовуляции, получение яйцеклетки, экстракорпоральное оплодотворение и культивирование эмбрионов, внутриматочное введение (перенос) эмбрионов с осуществлением криоконсервации эмбрионов)), включают 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), организацию питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, 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 (оборудования, производственного и хозяйственного инвентаря) стоимостью до четырехсот тысяч 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 не погашенной в течение 3 месяцев кредиторской задолженности за счет средств ОМС.».

2.2*.* В главу 1 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях» внести следующие изменения:

2.2.1. Пункт 1.1.11 изложить в новой редакции:

«1.1.11. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в школах для пациентов с сахарным диабетом, установлены таблицей 1 приложения 9/11 к Тарифному соглашению.

Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению в школах для пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями, установлен таблицей 2 приложения 9/11 к Тарифному соглашению.».

2.2.2. Абзац 1 пункта 1.1.14 изложить в новой редакции: «Тарифы на оплату комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения установлены таблицей 1 приложения 11 к Тарифному соглашению.».

2.2.3. Пункт 1.1.15 изложить в новой редакции:

«1.1.15. Тарифы на оплату комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения установлены таблицей 1 приложения 12 к Тарифному соглашению.

Тарифы на оплату осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I, II этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних установлены таблицей 2 приложения 12 к Тарифному соглашению.».

2.2.4. В пункт 1.2.1 внести следующие изменения:

2.2.4.1. В абзаце 1 цифру «8 836,37» заменить цифрой «8 836,25».

2.2.4.2. В абзаце 2 цифру «190,07» заменить цифрой «185,50».

2.2.5. В абзаце 6 пункта 1.2.3 цифру «1,002» заменить цифрой «1,189», цифру «3 437,28» заменить цифрой «4 078,25».

2.2.6. Пункт 1.2.4 изложить в новой редакции:

«1.2.4. Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, 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, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, установлены приложением 13 к Тарифному соглашению.».

2.2.7. После пункта 1.5 дополнить пунктом 1.6 следующего содержания:  
 «1.6. Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС взрослому застрахованному населению «Акушер-гинеколог (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» установлен в размере 25 034,67 рублей за обращение.».

2.3. В главу 2 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в

стационарных условиях» внести следующие изменения:

2.3.1. В абзаце 2 пункта 2.1 цифру «10 173,59» заменить цифрой «9 869,00».

2.3.2. После пункта 2.14 дополнить пунктом 2.141 следующего содержания: «2.141. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Челябинской области в круглосуточном стационаре, в рамках объемов, установленных в дополнение к базовой программе ОМС, установлены таблицей 3 приложения 16 к Тарифному соглашению.».

2.4. В главу 3 «Размер тарифов на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров» после пункта 3.12 дополнить пунктом 3.13 следующего содержания:

«3.13. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, в части проведения экстракорпорального оплодотворения установлены:

- «Гинекологические (ЭКО I этап) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-II этап) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-III этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)» в размере 127 720,75 рублей;

- «Гинекологические (ЭКО I-III этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)», «Гинекологические (ЭКО I-IV этап без криоконсервации) (сверх БП ОМС)» в размере 158 329,96 рублей;

-«Гинекологические (ЭКО I-IV этап с криоконсервацией) (сверх БП ОМС)» в размере 171 845,19 рублей.».

3. В раздел IV «Размер неоплаты или неполной оплаты затрат медицинской организации на оказание медицинской помощи, а также уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества» внести следующие изменения:

3.1. Подпункт 2.1 пункта 2 изложить в новой редакции:

«2.1. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров в размере 777,43 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации в размере   
1 539,92 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации для оценки репродуктивного здоровья женщин и мужчин в размере 275,98 рублей;

- посещение с иными целями в размере 942,11 рублей;

- посещение по неотложной медицинской помощи в размере 590,65 рублей;

- обращение в размере 3 488,93 рублей;

- отдельные диагностические (лабораторные) исследования в размере   
677,03 рублей;

- комплексное посещение школ для больных с хроническими заболеваниями в размере 333,31 рублей;

- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация» в размере 91,64 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения в размере 774,50 рублей;

- комплексное посещение с профилактической целью центров здоровья в размере 85,89 рублей;».

3.2. В абзаце 2 подпункта 2.3 пункта 2 цифру «10 403,12» заменить цифрой «10 098,53».

3.3. В пункт 3 внести следующие изменения:

3.3.1. В абзаце 2 подпункта 3.1 цифру «83,56» заменить цифрой «71,47».

3.3.2. В абзаце 2 подпункта 3.2 цифру «199,84» заменить цифрой «126,15».

3.3.3. После подпункта 3.2 дополнить подпунктом 3.3 следующего содержания:

«3.3. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров - подушевой норматив финансирования в соответствии с территориальной программой установлен:

- случай лечения в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 62,49 рублей.».

4. В приложение 1 «Перечень медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в сфере ОМС Челябинской области в 2025 году, в разрезе условий предоставления медицинской помощи и способов оплаты медицинской помощи, применяемых в медицинских организациях» к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

4.1. Графу 8 пункта 150 изложить в новой редакции: «V».

4.2. Графу 1 пункта 11 изложить в новой редакции: «Общество с ограниченной ответственностью «Центр недвижимости «Созвездие»».

4.3. Примечание изложить в новой редакции: «Примечание: \* при оплате 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 (за исключением видов медицинской помощи, не включенных в базовый (средний) подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц).

\*\* МО – Исполнители, оказывающие внешние медицинские услуги, не имеющие прикрепленного застрахованного населения.».

5. В приложение 3 «Значения коэффициентов уровня/подуровня медицинской организации в разрезе медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

5.1. Графу 3 пунктов 51, 87 изложить в новой редакции: «2.3».

5.2. Графу 4 пунктов 51, 87 изложить в новой редакции: «1,2».

6. Приложение 4 «Количество и финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов на 2025 год» к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 1).

7. Таблицу 2 «Тарифы на оплату дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению, для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи» приложения 9/6 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 2).

8. Таблицу 2 «Тарифы на оплату медицинских услуг, оказанных в дополнение к базовой программе ОМС взрослому и детскому застрахованному населению» приложения 9/7 к Тарифному соглашению после пункта 21 дополнить пунктом 22 следующего содержания:

(рублей)

| № п/п | Код тарифа | Наименование медицинской услуги | Вид | Тариф на оплату медицинских услуг |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| А | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22 | 3366 | Исследование микропрепарата шейки матки методом жидкостной цитологии с целью выявления ЗНО (сверх БП ОМС) | взр | 1 249,40 |

9. Приложение 9/9 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 3).

10. Приложение 9/11 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 4).

11. Таблицу 1 «Тарифы на оплату осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских вмешательств, проводимых в рамках комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого застрахованного населения, I этапа диспансеризации определенных групп взрослого застрахованного населения» приложения 11 к Тарифному соглашению, в том числе наименование, изложить в новой редакции (приложение 5).

12. Приложение 12 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции (приложение 6).

13. Приложение 13 «Среднемесячная численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, коэффициенты половозрастного состава, коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области, дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов» к Тарифному соглашению, в том числе наименование, изложить в новой редакции (приложение 7).

14. Приложение 16 к Тарифному соглашению дополнить таблицей 3 «Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам Челябинской области в круглосуточном стационаре, в рамках объемов, установленных в дополнение к базовой программе ОМС», следующего содержания:

| № груп-пы ВМП | Наименование вида ВМП | Коды по МКБ-10 | Модель пациента | Вид лечения | Метод лечения | Тариф, рублей |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Хирургическое органосохраняю-щее лечение женщин с несостоятельнос-тью мышц тазового дна, опущением и выпадением органов малого таза, а также в сочетании со стрессовым недержанием мочи, соединительнотканными заболеваниями, включая рекон-структивно-пласти-ческие операции (сакровагинопек-сию с лапароскопичес-кой ассистенцией, оперативные вмешательства с использованием сетчатых протезов) | N81, N88.4, N88.1 | цистоцеле, неполное и полное опущение матки и стенок влагалища, ректоцеле, гипертрофия и элонгация шейки матки у пациенток репродук-тивного возраста | Хирурги-ческое лечение | операции эндоскопическим, влагалищным и абдоминальным доступом и их сочетание в различной комбинации (слинговая операция (TVT-О, TVT, TOT) с использованием имплантатов) | 164 560,25 |
| операции эндоскопическим, влагалищным и абдоминальным доступом и их сочетание в различной комбинации (промонтофиксация матки или культи влагалища с использованием синтетических сеток) | 164 560,25 |
| 56. | Эндоваскулярная тромбэкстракция при остром ишемическом инсульте | I63.0, I63.1, I63.2, I63.3, I63.4, I63.5, I63.8, I63.9 | острый ишемичес-кий инсульт, вызванный тромботиче-ской или эмболичес-кой окклюзией церебраль-ных или прецереб-ральных артерий | Хирурги-ческое лечение | эндоваскулярная механическая тромбэкстракция и (или) тромбоаспирация | 827 360,00 |
| 72. | Эндопротезирова-ние коленных суставов при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматичес-ких вывихах и подвывихах, остеопорозе, в том числе с использованием компьютерной навигации | M17 | Деформи-рующий артроз в сочетании с посттравма-тическими и послеопера-ционными деформа-циями конечности на различном уровне и в различных плоскостях | Хирурги-ческое лечение | имплантация эндопротеза с одновременной реконструкцией биологической оси конечности | 200 672,60 |
| 73. | Эндопротезирова-ние суставов конечностей при выраженных деформациях, дисплазии, анкилозах, неправильно сросшихся и несросшихся переломах области сустава, посттравматических вывихах и подвывихах, остеопорозе и системных заболеваниях, в том числе с использованием компьютерной навигации | M16 | Деформи-рующий артроз в сочетании с посттравма-тическими и послеопера-ционными деформа-циями конечности на различном уровне и в различных плоскостях | Хирурги-ческое лечение | имплантация эндопротеза, в том числе под контролем компьютерной навигации, с одновременной реконструкцией биологической оси конечности | 275 231,18 |

15. В приложение 18/1 «Суммы финансового обеспечения на оплату проезда

к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2025 год» к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

15.1. Графу 3 пункта 9 изложить в новой редакции: «80 683 297,80».

15.2. Графу 3 пункта 11 изложить в новой редакции: «3 455 037,30».

16. В приложение 18/2 «Дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии в дополнение к базовой программе ОМС» к Тарифному соглашению внести следующие изменения:

16.1. Графу 3 пункта 9 изложить в новой редакции: «1 028,94».

16.2. Графу 3 пункта 11 изложить в новой редакции: «1 030,11».

17. Абзац 3 пункта 17 Дополнительного соглашения № 1/190-ОМС от 27.02.2025 к Тарифному соглашению изложить в новой редакции:

«- подпункт 3.1.3 пункта 3.1, приложение 6 вступают в силус 01 марта   
2025 года;

- подпункт 2.1.4 пункта 2.1, подпункт 3.1.2 пункта 3.1, приложение 5 вступают в силу с 01 апреля 2025 года;».

18. Настоящее Дополнительное соглашение к Тарифному соглашению вступает в силу с даты его подписания и распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 01 марта 2025 года**, за исключением пунктов, для которых настоящим пунктом установлены иные сроки вступления в силу:

- подпункты 1.6.4, 1.6.5, 1.6.6, 1.6.7, 1.6.8 пункта 1.6, подпункты 2.2.1, 2.2.2, 2.2.3, 2.2.5 пункта 2.2, пункт 5, приложение 1, таблицы 1, 2 приложения 3, приложение 4, приложение 5, приложение 6, таблица 2 приложения 7 вступают в силу **с 01 апреля 2025 года**;

- пункт 3 вступает в силу **с 29 марта 2025 года**;

- подпункт 4.2 пункта 4 распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 07 февраля 2025 года**;

- таблица 1/1 приложения 3, таблица 1 приложения 7 распространяет свое действие на правоотношения, возникшие **с 01 марта 2025 года по 31 марта 2025 года**.