

ПРОТОКОЛ  
заседания комиссии по разработке  
территориальной программы обязательного медицинского страхования  
в Челябинской области

от 28.12.2023 года

№ 15

Председатель Комиссии Недочукова Е.С. – исполняющий обязанности  
Министра здравоохранения Челябинской области

Члены комиссии:

Альтман Д.Ш. – председатель Союза медицинского сообщества  
«Медицинская палата Челябинской области»

Бушуева С.Ю. – начальник отдела формирования территориальной  
программы обязательного медицинского страхования территориального фонда  
обязательного медицинского страхования Челябинской области, секретарь  
Комиссии

Кинихина В.Н. – главный специалист по социально-экономическим  
вопросам Челябинской областной организации Проффессионального союза  
работников здравоохранения Российской Федерации

Ковтун А.А. – первый заместитель директора АКЦИОНЕРНОГО  
ОБЩЕСТВА «АСТРАМЕД-МС» (СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
КОМПАНИЯ) ФИЛИАЛА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Коноваленко Я.А. – полномочный представитель Всероссийского союза  
страховщиков по медицинскому страхованию в Челябинской области, директор  
Челябинского филиала Общества с ограниченной ответственностью  
«АльфаСтрахование-ОМС» – заместитель директора по региональному  
управлению Общества с ограниченной ответственностью «АльфаСтрахование-  
ОМС»

Миронова Н.Ю. – исполняющий обязанности директора  
территориального фонда обязательного медицинского страхования  
Челябинской области

Москвичева М.Г. – член Союза медицинского сообщества «Медицинская  
палата Челябинской области»

Реминец Н.Н. – главный врач Государственного автономного учреждения  
здравоохранения Ордена Знак Почета «Городская клиническая больница № 8  
г. Челябинск»

Рываев Д.П. – председатель Челябинской областной организации  
Проффессионального союза работников здравоохранения Российской Федерации

Шеломова Н.Н. – заместитель Министра здравоохранения Челябинской  
области

Шеметова М.В. – главный врач Государственного автономного  
учреждения здравоохранения «Центр охраны материнства и детства  
г. Магнитогорск»

Повестка заседания:

1. Перераспределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями в соответствии с предложениями Министерства здравоохранения Челябинской области и рассмотрение предложений медицинских организаций Челябинской области по внесению изменений в установленные объемы предоставления медицинской помощи на 2023 год (далее – Перераспределение объемов на 2023 год).
2. Внесение изменений в Тарифное соглашение в сфере ОМС Челябинской области от 30.12.2022 № 199-ОМС (далее – Внесение изменений в Тарифное соглашение).
3. Разное (вопросы 2023 года).
4. Распределение объемов предоставления медицинской помощи между медицинскими организациями на 2024 год в пределах и на основе установленных территориальной программой обязательного медицинского страхования Челябинской области объемов предоставления медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов.
5. Порядок перераспределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, по медицинской организации в пределах утвержденных объемов медицинской помощи в 2024 году.
6. Контроль объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи в 2024 году.
7. Утверждение проекта Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2024 год.
8. Разное (вопросы 2024 года).

**По первому вопросу** повестки заседания Комиссии «Перераспределение объемов на 2023 год» заслушали исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области Миронову Н.Ю. об объемах медицинской помощи, предъявленных к оплате медицинскими организациями за январь-ноябрь 2023 года.

Заслушали Председателя Комиссии, исполняющего обязанности Министра здравоохранения Челябинской области Недочукову Е.С. о перераспределении объемов.

Комиссия, рассмотрев и проанализировав предложения по внесению изменений с 01.12.2023 года в установленные объемы предоставления медицинской помощи на 2023 год, поступившие от Министерства здравоохранения Челябинской области, медицинских организаций в части перераспределения утвержденных объемов в рамках установленного плана, в том числе по результатам проведенного медико-экономического контроля (код нарушения/дефекта 1.6.2) (далее – предложения медицинских организаций), а также в связи с изменениями, внесенными в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2023 год и на плановый период

2024 и 2025 годов (далее - ТППГ на 2023 - 2025 годы) (постановление Правительства Челябинской области от 27.12.2023 № 741-П), приняла единогласное решение:

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы предоставления медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, а также в соответствии с предложениями медицинских организаций между профилями медицинской помощи, КСГ, с приведением в соответствие коечного фонда и койко-дней;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы предоставления медицинской помощи по ВМП между видами и методами лечения в пределах установленных объемов медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в дополнение к базовой программе ОМС;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров, а также в соответствии с предложениями медицинских организаций между профилями медицинской помощи, типами дневных стационаров, КСГ, с приведением в соответствие коечного фонда и пациенто-дней;

- увеличить плановые объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров по профилю «акушерство и гинекология» по экстракорпоральному оплодотворению на 12 случаев лечения в связи с уменьшением объемов медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях иных субъектов Российской Федерации, гражданам, застрахованным в Челябинской области (межтерриториальные расчеты);

- установить плановые объемы предоставления медицинской помощи в условиях дневных стационаров в дополнение к базовой программе ОМС по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология» на лекарственную терапию в количестве 3 408 случаев лечения в связи с внесением изменений в ТППГ на 2023 - 2025 годы.

Медицинским организациям предоставить возможность предъявить в пределах установленных объемов в дополнение к базовой программе ОМС в персонифицированном учете медицинской помощи за декабрь 2023 года объемы медицинской помощи по лекарственной терапии в условиях дневных стационаров по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология», ранее снятые в рамках базовой программы ОМС в связи с превышением объемов;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы неотложной медицинской помощи в пределах установленных объемов медицинской помощи, а также по специальностям, категориям населения в соответствии с предложениями медицинских организаций;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы стоматологической медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС в пределах установленных объемов медицинской помощи, а также по

специальностям, категориям населения в соответствии с предложениями медицинских организаций;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений диспансеризации взрослого населения (1 этап), диспансеризации участников ВОВ (1 этап), диспансеризации детей-сирот;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы комплексных посещений по профилактическим медицинским осмотрам взрослого населения, несовершеннолетних в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы посещений мобильных медицинских бригад в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы посещений в центрах здоровья в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- увеличить плановые объемы посещений в центрах амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП);

- уменьшить плановые объемы посещений с профилактической и иными целями в консультативно-диагностических центрах (КДЦ);

- перераспределить плановые объемы комплексных посещений для взрослого населения в части ведения школ для больных сахарным диабетом в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые объемы посещений к врачу-офтальмологу с проведением диагностических исследований, к врачу-офтальмологу с проведением лазерной коагуляцией в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- перераспределить плановые объемы комплексных посещений по видам медицинской реабилитации в пределах установленных объемов медицинской помощи, а также в соответствии с предложениями медицинских организаций;

- перераспределить плановые объемы обращений, посещений с лечебно-диагностической целью, а также посещений с профилактической и иными целями по специальностям, категориям населения в соответствии с предложениями медицинских организаций;

- увеличить в рамках базовой программы ОМС исследования по компьютерной томографии (КТ) (в т.ч. в ЦАОП), исследования по магнитно-резонансной томографии (МРТ) в ЦАОП, иные исследования в ЦАОП;

- перераспределить между медицинскими организациями в пределах установленных объемов медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС исследования по магнитно-резонансной томографии (МРТ) за исключением ЦАОП, эндоскопические диагностические исследования (в т.ч. в ЦАОП), ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, ПЭТ исследования;

- увеличить патологоанатомические исследования за исключением ЦАОП

в рамках базовой программы ОМС, уменьшить патологоанатомические исследования в ЦАОП;

- перераспределить между медицинскими организациями в пределах установленных объемов медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС патологоанатомические исследования при заборе материала в стационарных условиях;

- перераспределить между медицинскими организациями услуги по биохимическому скринингу, путем уменьшения объемов базового биохимического скрининга и увеличением объемов расширенного биохимического скрининга;

- уменьшить исследования на выявление новой коронавирусной инфекции (определение РНК COVID-19 методом ПЦР), исследования на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа;

- перераспределить плановые объемы отдельных диагностических (лабораторных) исследований (в т.ч. в ЦАОП) в пределах установленных объемов медицинской помощи по видам исследований, категориям населения, категориям сложности в соответствии с предложениями медицинских организаций в рамках базовой программы ОМС, в дополнение к базовой программе ОМС;

- перераспределить между медицинскими организациями плановые вызовы скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии в пределах установленных объемов медицинской помощи;

- перераспределить плановые объемы медицинской помощи по видам услуг по диализной помощи в условиях круглосуточного стационара в соответствии с предложениями медицинских организаций.

1. Медицинским организациям, указанным в Приложении 1 к настоящему протоколу, в соответствии с решением Комиссии внести корректировку плановых показателей объемов медицинской помощи в АИС «Веб-мониторинг здравоохранения».

2. ТФОМС Челябинской области произвести расчет финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи на 2023 год (приложение 2 к настоящему протоколу) в разрезе медицинских организаций Челябинской области, по каждой медицинской организации Челябинской области с учетом перераспределения с 01.12.2023 года объемов медицинской помощи.

3. Установить объемы предоставления медицинской помощи для медицинских организаций на 2023 год согласно приложениям 3, 4 настоящего протокола.

4. В связи с необходимостью выделения дополнительных финансовых средств ОМС отклонить предложения по внесению изменений в установленные объемы предоставления медицинской помощи медицинских организаций, указанные в приложении 5 к настоящему протоколу.

**По второму вопросу** повестки заседания Комиссии: внесение изменений в Тарифное соглашение, заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Миронову Н.Ю.:

**I раздел**

1. В связи с изменениями, внесенными в ТПГГ на 2023 - 2025 годы, установлением Комиссией объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология» в дополнение к базовой программе ОМС, с учетом письма Министерства здравоохранения Челябинской области от 19.12.2023 № 02/12308, установить с 01.01.2023:

1.1. Способ оплаты медицинской помощи, оказанной по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология», в дополнение к базовой программе ОМС - за законченный случай лечения заболевания, прерванный случай оказания медицинской помощи.

1.2. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология» в дополнение к базовой программе ОМС:

№ п/п	Наименование тарифа	Наименование медицинской организации	Тариф на оплату законченного случая лечения, руб.
А	1	2	3
1	Радиологические (уровень 1) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»	387 358,71
2	Радиологические (уровень 2) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер № 2»	81 012,75
3	Онкологические (уровень 2) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер № 2»	276 949,70
4	Онкологические (уровень 3) сверх БП ОМС	Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск»	179 481,05
5	Онкологические (уровень 4) сверх БП ОМС	Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Лотос»	118 937,27
6	Онкологические (уровень 5) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»	96 163,00
7	Онкологические (уровень 6) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница № 1 г. Челябинск»	71 377,61

1.3. Особенности оплаты случаев оказания медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС:

1.3.1. Оплата медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология» в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области, производится в размере 100% стоимости законченного случая лечения по тарифам, указанным в пункте 1.2 раздела I, включая прерванные случаи оказания медицинской помощи.

1.3.2. В рамках одного случая лечения в движении больного должна быть одна койка по профилю медицинской помощи «онкология» или «радиология», на которой оказана медицинская помощь в соответствии с объемами, установленными Комиссией в дополнение к базовой программе ОМС за счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области.

За счет средств межбюджетных трансфертов из бюджета Челябинской области не оплачивается оказание медицинской помощи гражданам, застрахованным за пределами Челябинской области.

В связи с этим внести изменения в раздел I, главу 3 раздела II, раздел III Тарифного соглашения.

2. По результатам работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и финансируемых по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, за 12 месяцев (с декабря 2022 года по ноябрь 2023 года), проведена оценка достижения значений показателей результативности деятельности и ранжирование медицинских организаций:

- 22 медицинские организации, выполнившие до 40 процентов показателей, отнесены к I группе;
- 43 медицинские организации, выполнившие от 40 (включительно) до 60 процентов показателей, отнесены ко II группе;
- 10 медицинских организаций, выполнивших от 60 (включительно) процентов показателей, отнесены к III группе.

Согласно Методическим рекомендациям, осуществление выплат стимулирующего характера медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях, следует производить в полном объеме в случаях:

1) снижения показателей смертности прикрепленного населения в возрасте от 30 до 69 лет (за исключением смертности от внешних причин) и (или) смертности детей в возрасте от 0-17 лет (за исключением смертности от внешних причин) (далее – показатели смертности);

2) выполнения медицинской организацией не менее 90 процентов объемов предоставления медицинской помощи с профилактической и иными целями, а также по поводу заболеваний (посещений и обращений соответственно).

При этом случаи оказания медицинской помощи, закончившиеся летальным исходом, включенные в реестры счетов и счета на оплату медицинской помощи медицинских организаций Челябинской области, не содержат информации о наличии внешних причин, повлекших смерть. Кроме того, данная информация не содержится в региональном сегменте единого реестра застрахованных лиц. В связи с чем, применение понижающих коэффициентов по показателям смертности не представляется возможным.

В целях применения коэффициентов, учитывающих выполнение медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи (далее – Понижающие коэффициенты), установить следующие коэффициенты:

Диапазон выполнения медицинской организацией объемов предоставления медицинской помощи	Коэффициент
свыше 90%	1,0
80% - 90% (не вкл.)	0,9
70% - 80% (не вкл.)	0,8
60% - 70% (не вкл.)	0,7
50% - 60% (не вкл.)	0,6
40% - 50% (не вкл.)	0,5
30% - 40% (не вкл.)	0,4
20% - 30% (не вкл.)	0,3
10% - 20% (не вкл.)	0,2
меньше 10%	0,1

Учитывая отсутствие в Методических рекомендациях порядка распределения финансовых средств, сформировавшихся в результате применения Понижающих коэффициентов (разница между запланированным объемом средств на осуществление выплат стимулирующего характера и суммой, рассчитанной с учетом Понижающих коэффициентов) (далее – Остаток средств), с целью доведения до медицинских организаций в полном объеме средств, предусмотренных на осуществление выплат стимулирующего характера, распределить Остаток средств пропорционально суммам стимулирующих выплат, рассчитанным медицинским организациям с учетом применения Понижающих коэффициентов.

Кроме того, рассчитать и установить с 01.12.2023 тарифы на финансовое обеспечение стимулирующих выплат за достижение показателей результативности деятельности медицинским организациям, имеющим прикрепившихся лиц.

В связи с этим, внести изменения в главу 1 разделов II, III, изложить в новой редакции приложение 13 к Тарифному соглашению.

3. В связи с выходом приказа Министерства здравоохранения Челябинской области от 29.11.2023 № 930 «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Челябинской области от 27.01.2020 № 65», установлением Комиссией объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой взрослому застрахованному населению врачом гематологом в



центре амбулаторной онкологической помощи, установить с 01.12.2023 тариф на оплату медицинской помощи «Гематолог (ЦАОП)» в размере 312,00 рублей, равный действующему тарифу на оплату амбулаторной медицинской помощи (обращение ГАУЗ ОЗП «ГКБ № 8 г. Челябинск» от 07.06.2023 № 1254).

В связи с этим внести изменения в таблицу 1 приложения 9/8 к Тарифному соглашению.

## II раздел

1. Необходимо принять решения по вопросам, поступившим от медицинских организаций, в части:

1.1. Расширения дополнительных критериев учета применения тарифа «Офтальмолог (консультативно-диагностический прием пациентов с сахарным диабетом)» на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с заболеваниями органа зрения и сопутствующей патологией «сахарный диабет» в офтальмологических центрах в соответствии с приказом от 21.04.2021 № 512 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю «офтальмология» в Челябинской области» (обращение ГАУЗ «ГКБ № 11 г. Челябинск» от 28.11.2023 № 1150).

1.2. Установления тарифов на оплату молекулярно-генетических исследований:

- А27.30.097 «Молекулярно-генетическое исследование транслокации t(15;17) в биопсийном (операционном) материале методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH);

- А27.30.032 «Молекулярно-генетическое исследование транслокации t(9;22) в биопсийном (операционном) материале»;

- А27.05.048 «Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене TP53 в крови»;

- А27.30.095 «Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене FLT3-ITD»;

- А27.30.099 «Определение инверсии inv(16) в биопсийном (операционном) материале методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)»;

(письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.09.2023 № 02/8443 о направлении обращения ГБУЗ «ЧОКБ» от 15.08.2023 № 1459, обращение ГБУЗ «ЧОКБ» от 21.12.2023 № 2315).

1.3. Установления тарифа на оплату медицинских услуг, оказываемых взрослому застрахованному населению в амбулаторных условиях на позитронно – эмиссионном томографе, совмещенном с компьютерным томографом (ПЭТ/КТ), в размере 62 856,85 рублей (обращения ГАУЗ «ООД № 2» от 28.11.2023 № 1/29-1304, от 06.12.2023 № 1/29-1336).

1.4. Установления тарифа на оплату стоматологической медицинской помощи, оказанной гигиенистом стоматологическим (обращение Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.12.2023

№ 02/11768 о направлении мнения главного внештатного специалиста-стоматолога Гусева С.А.).

1.5. Рассмотрения обращений ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск» от 05.12.2023 № 2052, от 08.12.2023 № 2093, от 13.12.2023 № 2098 по вопросам:

1.5.1. Увеличения тарифов на оплату медицинской помощи для ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск», в том числе фактического дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях;

1.5.2. Установления управленческого коэффициента в размере 1,2 при оплате стационарной медицинской помощи.

1.6. Расширения перечня групп заболеваний, состояний (КСГ) в круглосуточном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно путем включения КСГ st34.001 «Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей, врожденные аномалии лица и шеи, взрослые» (обращение ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 20.12.2023 № 5029).

1.7. Увеличения суммы финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (обращение ГБУЗ «ЧОКБ» от 08.12.2023 № 2199).

2. Устранение замечаний Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС), изложенных в заключениях о соответствии Тарифного соглашения базовой программе ОМС, направленных письмами ФФОМС от 20.12.2023 № 00-10-26-2-06/21756, от 26.12.2023 № 00-10-26-2-06/22206, в части:

2.1. Установления сопоставимых дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи.

2.2. Несоответствия базовой программе ОМС порядка оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях (установление дополнительного тарифа на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования).

Комиссия приняла единогласное решение:

1) Согласовать изменения в Тарифное соглашение.

2) По пункту 1 раздела II вопросы, поступившие от медицинских организаций, рассмотреть при формировании Тарифного соглашения на 2024 год.

3) По пункту 2.1 раздела II размеры дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи, рассчитанные с учетом коэффициентов дифференциации, предусмотренных методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, утвержденными от 26.01.2023 Министерством здравоохранения Российской Федерации № 31-2/И/2-1075, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/749, сохранить на прежнем уровне.

- 4) По пункту 2.2 раздела II принять к сведению замечание ФФОМС.
- 5) Направить Дополнительное соглашение от 28.12.2023 № 11/199-ОМС к Тарифному соглашению сторонам, подписывающим Тарифное соглашение.

**По третьему вопросу** повестки заседания Комиссии «Разное» (вопросы 2023 года) заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Мионову Н.Ю.:

3.1. О внесении изменений в порядок контроля объемов медицинской помощи, утвержденный решением Комиссии:

- установить на декабрь 2023 года контроль объемов медицинской помощи в пределах утвержденных годовых объемов медицинской помощи в целом по Челябинской области:

- по базовой программе ОМС:

- в условиях круглосуточного стационара по профилям КСГ:

- «аллергология и иммунология»;
- «гематология»;
- «детская кардиология»;
- «детская урология-андрология»;
- «детская хирургия»;
- «детская эндокринология»;
- «инфекционные болезни»;
- «нейрохирургия»;
- «неонатология»;
- «онкология»;
- «педиатрия»;
- «пульмонология»;
- «ревматология»;
- «сердечно-сосудистая хирургия
- «стоматология детская»;
- «травматология и ортопедия»;
- «урология»;
- «хирургия»;
- «хирургия абдоминальная»;
- «хирургия комбустиология»;
- «челюстно-лицевая хирургия»;

- в условиях дневных стационаров по профилям КСГ:

- «онкология»;
- медицинская помощь по услугам диализа;

- амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь:

- посещения в ЦАОП;

- диспансеризация взрослого населения (1 и 2 этапы), диспансеризация участников ВОВ (1 и 2 этапы), диспансеризация детей-сирот, углубленная диспансеризация;

- профилактические медицинские осмотры взрослого населения, несовершеннолетних;

- исследования по компьютерной томографии (КТ) (в т.ч. в ЦАОП), исследования по магнитно-резонансной томографии (МРТ) (в т.ч. в ЦАОП), эндоскопические диагностические исследования (в т.ч. в ЦАОП), патологоанатомические исследования (в т.ч. в ЦАОП), ультразвуковые исследования сердечно-сосудистой системы, молекулярно-генетические исследования (МГИ), ПЭТ, ОФЭКТ, иные исследования в ЦАОП.

- в дополнение к базовой программе ОМС:

- в условиях круглосуточного стационара:

- патологоанатомические исследования;
- специализированная медицинская помощь пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография);
- специализированная медицинская помощь по профилю «онкология» по случаям госпитализации;

- высокотехнологичная медицинская помощь больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация) по случаям госпитализации по каждому методу лечения;

- в условиях дневных стационаров:

- в части проведения процедуры криопереноса эмбриона;
- амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь:
- дополнительные объемы амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии;
- исследования по компьютерной томографии (КТ), гистологические исследования (в т.ч. в ЦАОП).

3.2. Принять решение по вопросу оплаты медицинской помощи 3 случаев медицинской эвакуации детей 05.10.2023 (возраст ребенка 32 дня), 18.10.2023 (возраст ребенка 46 дней), 20.10.2023 (возраст ребенка 75 дней), оказанной выездной реанимационной бригадой ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск» (обращения ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск» от 29.11.2023 № 2802, от 18.12.2023 № 2992) (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 25.12.2023 № 02/1596).

3.3. Медицинским организациям, оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных условиях и финансируемым по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, принять к сведению результаты оценки достижения значений показателей результативности деятельности и ранжирование медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2022 года по ноябрь 2023 года) согласно приложению 6 к настоящему протоколу.

Комиссия приняла единогласное решение:

1) По пункту 3.1 принять изменения в порядок контроля объемов медицинской помощи при приеме персонифицированного учета медицинской помощи за декабрь 2023 года.

2) По пункту 3.2 принять к оплате медицинской помощи 3 случая медицинской эвакуации детей, которые осуществлялись выездной реанимационной бригадой ГАУЗ «ЦОМид г. Магнитогорск» 05.10.2023 (возраст ребенка 32 дня), 18.10.2023 (возраст ребенка 46 дней), 20.10.2023 (возраст ребенка 75 дней).

3) По пункту 3.3 довести до сведения медицинских организаций результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2022 года по ноябрь 2023 года).

Медицинским организациям принять к сведению результаты мониторинга достижения значений показателей результативности деятельности медицинских организаций за 12 месяцев (с декабря 2022 года по ноябрь 2023 года).

**По четвертому вопросу** повестки заседания Комиссии заслушали Председателя Комиссии, исполняющего обязанности Министра здравоохранения Челябинской области Недочукову Е.С. о распределении объемов предоставления медицинской помощи на 2024 год по видам медицинской помощи между медицинскими организациями в соответствии с установленными Территориальной программой ОМС на 2024 год нормативами объемов медицинской помощи на одно застрахованное лицо, с учетом порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Челябинской области, сроков ожидания медицинской помощи по территориальной программе ОМС и объективных критериев.

4.1. Для определения объемов медицинской помощи на 2024 год по Территориальной программе ОМС на 2024 год принимается численность застрахованных лиц в Челябинской области по состоянию на 01.01.2023 года – 3 420 602 человек.

4.2. Объемы медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо по территориальной программе ОМС на 2024 год установлены в рамках средних нормативов объема медицинской помощи в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 28.12.2023 № 2353 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов» (далее – ПГГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов).

4.3. Объемы предоставления медицинской помощи, установленные территориальной программой ОМС на 2024 год, включают в себя объемы предоставления медицинской помощи, оказанные в медицинских организациях

других субъектов Российской Федерации, гражданам, застрахованным в Челябинской области.

4.4. Осуществлять оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу в соответствии с пунктом 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Закон № 326-ФЗ) по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным в соответствии с частью 2 статьи 30 Закона № 326-ФЗ, по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи и в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования, на основании представленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи.

4.5. Установить для медицинской помощи в амбулаторных условиях, оказываемой в связи с заболеванием - не менее 2 посещений в 1 обращении на одно застрахованное лицо.

4.6. Объемы медицинской помощи в условиях дневных стационаров по акушерству и гинекологии с использованием вспомогательных репродуктивных технологий по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» распределены с учетом следующих показателей:

- в соответствии с регистром пациентов с бесплодием, нуждающихся в проведении лечения с использованием вспомогательных репродуктивных медицинских технологий в рамках ОМС, (далее – Регистр ВРТ) по состоянию на 19.12.2023;

- с учетом количества и доли полных циклов ЭКО с/без криоконсервации эмбрионов по ОМС за 2022 год;

- с учетом количества и доли полных циклов ЭКО с/без криоконсервации эмбрионов по ОМС за 10 месяцев 2023 года;

- с учетом доли по количеству беременностей и частоте наступления клинической беременности после ЭКО и после проведения процедуры криопереноса эмбриона по ОМС за 2022 год;

- с учетом доли по частоте родов из числа женщин с проведенными циклами ЭКО и процедурой криопереноса эмбриона по ОМС за 2022 год.

4.7. Распределены объемы медицинской помощи, установленные в дополнение к базовой программе ОМС между медицинскими организациями в части:

- стационарной специализированной медицинской помощи по профилю «онкология»;

- стационарной специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография);

- высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация);

- дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии;

- проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (проведение гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях на прижизненную патологоанатомическую диагностику, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований;

- проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (проведение гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последов на прижизненную патологоанатомическую диагностику в родильных отделениях;

- проведения компьютерной томографии в амбулаторных условиях;

- проведения процедуры криопереноса эмбриона в условиях дневного стационара.

4.9. Член Комиссии, председатель Союза медицинского сообщества «Медицинская палата Челябинской области», Альтман Д.Ш. выступил с предложением о распределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями с учетом хирургической активности.

Комиссия, рассмотрев и проанализировав предложения медицинских организаций, представленные в уведомлении о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи, заполненные в ГИС ОМС, предложения Министерства здравоохранения Челябинской области о распределении объемов предоставления медицинской помощи на 2024 год между медицинскими организациями, приняла единогласное решение:

1. Распределить объемы предоставления медицинской помощи на 2024 год:

- между медицинскими организациями в объемах, не превышающих предложения медицинских организаций, представленных в уведомлении, в соответствии с предложениями Министерства здравоохранения Челябинской области (Приложение 7 к настоящему протоколу);

- в пределах утвержденных объемов медицинской помощи медицинской организации ежемесячно, из расчета одна двенадцатая часть от утвержденного годового объема медицинской помощи.

2. Медицинским организациям, указанным в приложении 7 настоящего протокола, внести плановые показатели объемов медицинской помощи в АИС «Веб-мониторинг здравоохранения».

3. ТФОМС Челябинской области произвести расчет финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи на 2024 год (Приложение 8 к настоящему протоколу) в разрезе медицинских организаций Челябинской области, по каждой медицинской организации Челябинской

области с учетом перераспределения с 01.12.2023 года объемов медицинской помощи.

4. Министерству здравоохранения Челябинской области в соответствии с предложениями члена Комиссии, Альтмана Д.Ш. провести анализ хирургической активности при оказании медицинской помощи по профилю «хирургия» по итогам работы медицинских организаций за 1 квартал 2024 года и довести до сведения Комиссии.

5. Не распределять объемы предоставления медицинской помощи медицинским организациям Челябинской области, включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Челябинской области в 2024 году:

5.1. Медицинским организациям, которые при подаче уведомлений об осуществлении деятельности в сфере ОМС на 2024 год не заявили объемы медицинской помощи:

- 1) по неотложной медицинской помощи ГБУЗ «Районная больница с. Варна»;
- 2) по стоматологической медицинской помощи ГБУЗ «Районная больница г. Касли»;
- 3) по эндоскопическим исследованиям ГБУЗ «Городская больница г. Южноуральск»;
- 4) по магнитно-резонансной томографии (МРТ) ООО «Здоровье»;
- 5) по исследованиям на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19) ГБУЗ «Городская больница № 2 г. Миасс»;

5.2. МУП «Санаторий «Дальняя дача», так как данная медицинская организация обратилась в адрес ТФОМС Челябинской области (письмо от 27.12.2023 № 400) о не распределении заявленных объемов по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, указанных в уведомлении.

В настоящее время МУП «Санаторий «Дальняя дача» ведет работы по оформлению лицензии на медицинскую реабилитацию. После получения лицензии готова оказывать данную медицинскую помощь;

5.3. ООО «МЕДКЛУБ», ООО «ЮНИМ-СИБИРЬ», ООО «НМЦКЛД Ситилаб», ООО «Виталаб», ООО «М-Лайн», ООО «НПФ Хеликс», ООО «Ситилаб-Урал», ООО «Балтийская медицинская компания» - объемы медицинской помощи не распределены ввиду отсутствия потребности в оказании медицинской помощи в медицинских организациях, находящихся за пределами Челябинской области. Оплата объемов медицинской помощи, оказанной застрахованным жителям Челябинской области медицинскими организациями, расположенными в других субъектах Российской Федерации, будет производиться в рамках межтерриториальных расчетов с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.03.2021 № 231н «Об утверждении Порядка проведения



контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также ее финансового обеспечения».

**По пятому вопросу** о порядке перераспределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, по медицинской организации в пределах утвержденных объемов медицинской помощи в 2024 году заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Миронову Н.Ю.:

5.1. Перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями осуществлять в соответствии с Правилами ОМС (утверждены приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н), приказами Министерства здравоохранения Челябинской области по маршрутизации.

5.2. При наличии отклоненных от оплаты счетов на оплату медицинской помощи по результатам проведенного территориальным фондом медико-экономического контроля медицинская организация вправе доработать и представить в территориальный фонд отклоненные ранее от оплаты счета на оплату медицинской помощи и реестры счетов не позднее семи рабочих дней с даты получения соответствующего заключения по результатам медико-экономического контроля первично представленного медицинской организацией счета на оплату медицинской помощи, за исключением случая превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи. Оплата счетов, повторно представленных медицинскими организациями к оплате после доработки, осуществляется в период оплаты счетов за следующий отчетный месяц (пункт 156 Правил ОМС).

5.3. В случае превышения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи, распределенных медицинской организации решением Комиссии, медицинская организация обязана обратиться в Комиссию с предложением:

- о перераспределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи;
- об увеличении, уменьшении утвержденных объемов предоставления медицинской помощи.

Предложения медицинских организаций предоставляются в Комиссию в письменном виде (в бумажном или электронном варианте за подписью руководителя медицинской организации) в течение пяти рабочих дней после получения заключения по результатам медико-экономического контроля (пункт 157 Правил ОМС).

Предложения медицинских организаций по внесению изменений в утвержденные Комиссией объемы медицинской помощи необходимо направлять на электронные адреса: [tpgg@minzdrav.gov74.ru](mailto:tpgg@minzdrav.gov74.ru); [mail@foms74.ru](mailto:mail@foms74.ru); [terprogramma@foms74.ru](mailto:terprogramma@foms74.ru).

5.4. При утверждении на Комиссии изменений годовых объемов медицинской помощи проводится перераспределение объемов медицинской помощи в пределах утвержденных объемов медицинской помощи по медицинской организации, между медицинскими организациями. Информация доступна для просмотра в программном комплексе «Медистранспорт».

5.5. Объемы предоставления медицинской помощи, распределенные Комиссией между медицинскими организациями, направлять в электронном виде членам Комиссии, медицинским организациям, страховым медицинским организациям как приложение к протоколу Комиссии по формам согласно приложению 10 к настоящему протоколу.

Комиссия приняла единогласное решение утвердить порядок перераспределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, по медицинской организации в пределах утвержденных объемов медицинской помощи в 2024 году.

**По шестому вопросу** контроль объемов предоставления медицинской помощи и финансового обеспечения объемов медицинской помощи в 2024 году заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Миронову Н.Ю.:

Контроль объемов медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС проводить:

Ежемесячно:

- по круглосуточному и дневным стационарам по профилям КСГ, в соответствии с методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств ОМС, при этом:
  - профиль КСГ «инфекционные болезни» в круглосуточном стационаре и дневных стационарах, объемы медицинской помощи контролируются в пределах утвержденных годовых объемов медицинской помощи по медицинской организации;
  - профиль КСГ «онкология», «детская онкология» в круглосуточном и дневных стационарах, объемы медицинской помощи контролируются в пределах утвержденных годовых объемов медицинской помощи;
  - из профиля КСГ «акушерство и гинекология» в дневных стационарах, объемы медицинской помощи по КСГ «Экстракорпоральное оплодотворение» уровни 1-4 исключаются и контролируются в целом по медицинской организации ежемесячно.
- по высокотехнологичной медицинской помощи (далее - ВМП) - по каждому методу лечения ВМП.
- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:
  - центрам здоровья;
  - стоматологической медицинской помощи – по УЕТ. Отдельный контроль осуществлять по неотложной стоматологической медицинской помощи;

- передвижным формам предоставления медицинской помощи (мобильные бригады) – по посещениям (итого) без детализации по специальностям;
- консультативно-диагностическим центрам (КДЦ) - по посещениям с профилактической и иной целью, обращениям;
- неотложной медицинской помощи - по посещениям, за исключением неотложной стоматологической медицинской помощи;
- посещениям к пульмонологу областного пульмонологического центра;
- посещениям к офтальмологу с проведением диагностических исследований, с проведением лазерной коагуляции;
- для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, по обращениям в связи с заболеванием;
- для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, по посещениям с профилактической и иными целями, по обращениям в связи с заболеванием.

- по отдельным диагностическим (лабораторным) исследованиям, оказанным в амбулаторных условиях:
  - ультразвуковому скринингу в 1 и 2 триместре беременности;
  - биохимическому скринингу базовому в 1 триместре беременности, биохимическому скринингу расширенному в 1 триместре беременности;
  - ПЭТ/ОФЭКТ;
  - компьютерной томографии, при этом исключаются и контролируются отдельно объемы в ЦАОП;
  - магнитно-резонансной томографии, при этом исключаются и контролируются отдельно объемы в ЦАОП;
  - ультразвуковым исследованиям сердечно-сосудистой системы;
  - эндоскопическим диагностическим исследованиям, при этом исключаются и контролируются отдельно объемы в ЦАОП;
  - молекулярно-генетическим исследованиям с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии;
  - патологоанатомическим исследованиям биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, при этом исключаются и контролируются отдельно объемы в ЦАОП;
  - исследованиям на проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19);
  - исследованиям на наличие вирусов респираторных инфекций, включая вирус гриппа.

В пределах утвержденных годовых объемов медицинской помощи:

- по амбулаторно-поликлинической медицинской помощи:
  - медицинской реабилитации – за комплексное посещение;
  - диспансерному наблюдению – за комплексное посещение;

- диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения (детей - сирот), диспансеризации участников ВОВ, углубленной диспансеризации – за комплексное посещение;
  - профилактическим медицинским осмотрам взрослого и детского застрахованного населения - за комплексное посещение;
  - центрам амбулаторно-онкологической помощи (ЦАОП) - по посещениям с иной целью;
  - посещениям с проведением консилиума;
  - комплексные посещения для пациентов с сахарным диабетом;
  - для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в сфере ОМС Челябинской области, по посещениям с профилактической и иными целями;
  - посещениям врача инфекциониста с исследованием на фиброскане;
  - посещениям врача педиатра кабинета катамнеза;
- посещениям врача сурдолог-оториноларинголога с проведением II этапа аудиологического скрининга.

- по иным исследованиям в ЦАОП – по каждому виду исследования.
- по скорой медицинской помощи:
  - вызовы, за исключением вызовов с проведением тромболитической терапии, выездных бригад при проведении медицинской эвакуации;
  - вызовы с проведением тромболитической терапии;
  - вызовы выездных бригад при проведении медицинской эвакуации.
- по медицинской помощи с проведением заместительной почечной терапии методами диализа:
  - гемодиализу и перитонеальному диализу - за услугу в целом по медицинской организации по условиям предоставления медицинской помощи (по круглосуточному и дневным стационарам, по поликлинике).

Контроль объемов медицинской помощи, установленных в дополнение к базовой программе ОМС, проводить:

Ежемесячно:

- стационарной специализированной медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) по случаям госпитализации;
- в части проведения процедуры криопереноса эмбриона в условиях дневных стационаров;
- патологоанатомическим исследованиям операционно-биопсийного материала в амбулаторных условиях – отдельно по каждому виду исследований. При этом исключаются и контролируются отдельно объемы в ЦАОП;
- компьютерной томографии без контрастирования.

В пределах утвержденных годовых объемов по:

- стационарной специализированной медицинской помощи по профилю «онкология» по случаям госпитализации;
- высокотехнологичной медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация) по случаям госпитализации по каждому

методу лечения;

- патологоанатомическим исследованиям операционно-биопсийного материала в стационарных условиях;
- дополнительные объемы амбулаторно-поликлинической помощи по решениям врачебной комиссии.

По вопросу контроля финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи в 2024 году.

Контроль финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи проводить в рамках финансового года.

Комиссия приняла единогласное решение утвердить в 2024 году порядок контроля объемов и финансового обеспечения объемов предоставления медицинской помощи.

**По седьмому вопросу** утверждение проекта Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2024 год заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Миронову Н.Ю.:

1. Утвердить проект Тарифного соглашения в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области на 2024 год (далее - Тарифное соглашение на 2024 год) в соответствии с:

- ППГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов;
- Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Челябинской области на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, утвержденной постановлением Правительства Челябинской области от 25.12.2023 № 724-П (далее – ТППГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов);
- приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10.02.2023 № 44н «Об утверждении Требований к структуре и содержанию тарифного соглашения»;
- методическими рекомендациями по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации № 31-2/И/2-1075, Федеральным фондом обязательного медицинского страхования № 00-10-26-2-06/749 от 26.01.2023 (далее - Методические рекомендации).

I. Медицинская помощь, оказываемая в амбулаторных условиях, с 01.01.2024:

1. Установить тарифы на оплату:

1.1. Медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в

поликлинике, медицинскими организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов))

рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилактической целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
1	Акушер-гинеколог	взр	418,00	836,00	326,00
2	Акушер-гинеколог	дет	418,00	836,00	326,00
3	Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
4	Акушер-гинеколог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
5	Акушер-гинеколог (по ведению беременности)	взр	614,00	1 228,00	614,00
6	Акушерка	взр	293,00	586,00	228,00
7	Акушерка	дет	293,00	586,00	228,00
8	Акушерка (по ведению беременности)	взр	430,00	860,00	430,00
9	Акушерка ФП/ФАП	взр	293,00	586,00	228,00
10	Акушерка ФП/ФАП	дет	293,00	586,00	228,00
11	Аллерголог-иммунолог	взр	359,00	718,00	285,00
12	Аллерголог-иммунолог	дет	359,00	718,00	285,00
13	Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
14	Аллерголог-иммунолог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
15	Врач общей практики	взр	339,00	678,00	339,00
16	Врач общей практики	дет	339,00	678,00	339,00
17	Врач общей практики (фельдшер)	взр	237,00	474,00	237,00
18	Врач общей практики (фельдшер)	дет	237,00	474,00	237,00
19	Врач по медицинской реабилитации	взр	269,00	538,00	
20	Врач по медицинской реабилитации	дет	269,00	538,00	
21	Гастроэнтеролог	взр	339,00	678,00	219,00
22	Гастроэнтеролог	дет	339,00	678,00	219,00
23	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
24	Гастроэнтеролог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
25	Гематолог	взр	339,00	678,00	
26	Гематолог	дет	339,00	678,00	

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилакти- ческой целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
27	Гематолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
28	Гематолог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
29	Гериатр	взр	382,00	764,00	
30	Дерматовенеролог	взр	326,00	652,00	274,00
31	Дерматовенеролог	дет	326,00	652,00	274,00
32	Дерматовенеролог планового профилактического осмотра	взр			131,00
33	Дерматовенеролог планового профилактического осмотра	дет			131,00
34	Детский кардиолог	дет	338,00	676,00	338,00
35	Детский кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы)	дет	1 023,00	2 046,00	
36	Детский кардиолог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
37	Детский онколог	дет	339,00	678,00	
38	Детский онколог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
39	Детский уролог-андролог	дет	348,00	696,00	332,00
40	Детский уролог-андролог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
41	Детский хирург	дет	341,00	682,00	286,00
42	Детский хирург (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
43	Детский хирург (при укусе животного с обязательной постановкой антирабической вакцины) (повторный прием)	дет	1 177,00	2 354,00	
44	Детский эндокринолог	дет	340,00	680,00	279,00
45	Детский эндокринолог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
46	Инфекционист	взр	356,00	712,00	219,00
47	Инфекционист	дет	356,00	712,00	219,00
48	Инфекционист (с исследованием на фиброскане)	взр	1 527,00		
49	Кардиолог	взр	338,00	676,00	338,00
50	Кардиолог (комплексное обследование сердечно-сосудистой системы)	взр	1 023,00	2 046,00	

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилакти- ческой целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
51	Кардиолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
52	Колопроктолог	взр	339,00	678,00	219,00
53	Колопроктолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
54	Невролог	взр	348,00	696,00	288,00
55	Невролог	дет	348,00	696,00	288,00
56	Невролог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
57	Невролог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
58	Нейрохирург	взр	321,00	642,00	
59	Нейрохирург (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
60	Нейрохирург (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
61	Нефролог	взр	348,00	696,00	332,00
62	Нефролог	дет	348,00	696,00	332,00
63	Нефролог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
64	Нефролог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
65	Онколог	взр	339,00	678,00	
66	Онколог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
67	Онколог (проведение консилиума врачей)	взр	1 254,00		
68	Онколог-химиотерапевт (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
69	Оториноларинголог	взр	340,00	680,00	308,00
70	Оториноларинголог	дет	340,00	680,00	308,00
71	Оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
72	Оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
73	Офтальмолог	взр	377,00	754,00	295,00
74	Офтальмолог	дет	377,00	754,00	295,00
75	Офтальмолог (консультативно- диагностический прием пациентов с сахарным диабетом)	взр	977,00		



№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилакти- ческой целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
76	Офтальмолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
77	Офтальмолог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
78	Офтальмолог (круглосуточного травмпункта) (повторный прием)	взр	647,00	1 294,00	
79	Офтальмолог (фокальная лазерная коагуляция пациентам с сахарным диабетом)	взр	1 953,00		
80	Педиатр	дет	339,00	678,00	339,00
81	Педиатр (кабинет катамнеза)	дет	1 189,00	2 378,00	
82	Педиатр (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
83	Педиатр участковый	дет	339,00	678,00	339,00
84	Пульмонолог	взр	339,00	678,00	339,00
85	Пульмонолог	дет	339,00	678,00	339,00
86	Пульмонолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
87	Пульмонолог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
88	Пульмонолог (областного пульмонологического центра)	взр	1 350,00		
89	Радиолог	взр	339,00	678,00	
90	Радиолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
91	Ревматолог	взр	338,00	676,00	338,00
92	Ревматолог	дет	338,00	676,00	338,00
93	Ревматолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
94	Ревматолог (консультативно- диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
95	Сердечно-сосудистый хирург	взр	341,00	682,00	
96	Сердечно-сосудистый хирург	дет	341,00	682,00	
97	Сердечно-сосудистый хирург (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
98	Сурдолог-оториноларинголог	взр	340,00	680,00	
99	Сурдолог-оториноларинголог	дет	340,00	680,00	
100	Сурдолог-оториноларинголог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
101	Сурдолог-оториноларинголог	дет	977,00	1 954,00	

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилакти- ческой целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
	(консультативно-диагностический прием)				
102	Сурдолог-оториноларинголог (с проведением II этапа аудиологического скрининга)	дет	1 579,00	3 158,00	
103	Терапевт	взр	339,00	678,00	339,00
104	Терапевт (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
105	Терапевт участковый	взр	339,00	678,00	339,00
106	Торакальный хирург	взр	341,00	682,00	
107	Травматолог-ортопед	взр	341,00	682,00	286,00
108	Травматолог-ортопед	дет	341,00	682,00	286,00
109	Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
110	Травматолог-ортопед (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
111	Травматолог-ортопед (при укусе животного с обязательной постановкой антирабической вакцины) (повторный прием)	взр	1 177,00	2 354,00	
112	Травматолог-ортопед (при укусе животного с обязательной постановкой антирабической вакцины) (повторный прием)	дет	1 177,00	2 354,00	
113	Травматолог-ортопед круглосуточного травмпункта (повторный прием)	взр	647,00	1 294,00	
114	Травматолог-ортопед круглосуточного травмпункта (повторный прием)	дет	647,00	1 294,00	
115	Уролог	взр	348,00	696,00	332,00
116	Уролог (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
117	Фельдшер (педиатр)	дет	237,00	474,00	237,00
118	Фельдшер (педиатр) участковый	дет	237,00	474,00	237,00
119	Фельдшер (терапевт)	взр	237,00	474,00	237,00
120	Фельдшер (терапевт) участковый	взр	237,00	474,00	237,00
121	Фельдшер ФП/ФАП (педиатр)	дет	237,00	474,00	237,00
122	Фельдшер ФП/ФАП (педиатр) участковый	дет	237,00	474,00	237,00

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профилакти- ческой целью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
123	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт)	взр	237,00	474,00	237,00
124	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт) участковый	взр	237,00	474,00	237,00
125	Хирург	взр	341,00	682,00	286,00
126	Хирург (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
127	Хирург (при укусе животного с обязательной постановкой антирабической вакцины) (повторный прием)	взр	1 177,00	2 354,00	
128	Челюстно-лицевой хирург	взр	341,00	682,00	
129	Челюстно-лицевой хирург	дет	341,00	682,00	
130	Челюстно-лицевой хирург (консультативно-диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
131	Челюстно-лицевой хирург (консультативно-диагностический прием)	дет	977,00	1 954,00	
132	Эндокринолог	взр	340,00	680,00	279,00
133	Эндокринолог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	

(приложение 9/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

1.2. Медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению на дому, медицинскими организациями 1, 2, 3 уровней оказания медицинской помощи, не участвующими в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании (в том числе на оплату внешней медицинской помощи (взаиморасчетов))

рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профцелью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
1	Акушер-гинеколог	взр	418,00	836,00	
2	Акушер-гинеколог	дет	418,00	836,00	
3	Акушерка	взр	293,00	586,00	
4	Акушерка	дет	293,00	586,00	
5	Акушерка ФП/ФАП	взр	293,00	586,00	
6	Аллерголог-иммунолог	взр	359,00	718,00	

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профцелью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
7	Аллерголог-иммунолог	дет	359,00	718,00	
8	Врач общей практики	взр	339,00	678,00	339,00
9	Врач общей практики	дет	339,00	678,00	339,00
10	Врач общей практики (фельдшер)	взр	237,00	474,00	237,00
11	Врач общей практики (фельдшер)	дет	237,00	474,00	237,00
12	Гастроэнтеролог	взр	339,00	678,00	
13	Гастроэнтеролог	дет	339,00	678,00	
14	Гериатр	взр	382,00	764,00	
15	Дерматовенеролог	взр	326,00	652,00	
16	Дерматовенеролог	дет	326,00	652,00	
17	Детский кардиолог	дет	338,00	676,00	
18	Детский онколог	дет	339,00	678,00	
19	Детский уролог-андролог	дет	348,00	696,00	
20	Детский хирург	дет	341,00	682,00	
21	Детский эндокринолог	дет	340,00	680,00	
22	Инфекционист	взр	356,00	712,00	219,00
23	Инфекционист	дет	356,00	712,00	219,00
24	Кардиолог	взр	338,00	676,00	
25	Колопроктолог	взр	339,00	678,00	
26	Невролог	взр	348,00	696,00	
27	Невролог	дет	348,00	696,00	
28	Онколог	взр	339,00	678,00	
29	Онколог (консультативно- диагностический прием)	взр	977,00	1 954,00	
30	Оториноларинголог	дет	340,00	680,00	
31	Оториноларинголог	взр	340,00	680,00	308,00
32	Офтальмолог	взр	377,00	754,00	
33	Офтальмолог	дет	377,00	754,00	
34	Педиатр	дет	339,00	678,00	339,00
35	Педиатр участковый	дет	339,00	678,00	339,00
36	Пульмонолог	взр	339,00	678,00	
37	Пульмонолог	дет	339,00	678,00	
38	Ревматолог	взр	338,00	676,00	
39	Ревматолог	дет	338,00	676,00	
40	Терапевт	взр	339,00	678,00	339,00
41	Терапевт участковый	взр	339,00	678,00	339,00
42	Травматолог-ортопед	взр	341,00	682,00	
43	Травматолог-ортопед	дет	341,00	682,00	
44	Уролог	взр	348,00	696,00	
45	Фельдшер (педиатр)	дет	237,00	474,00	237,00

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Лечебно-диагностическая цель		Тариф на оплату МП за посещение с профцелью
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение	
1	2	3	4	5	6
46	Фельдшер (педиатр) участковый	дет	237,00	474,00	237,00
47	Фельдшер (терапевт)	взр	237,00	474,00	237,00
48	Фельдшер (терапевт) участковый	взр	237,00	474,00	237,00
49	Фельдшер ФП/ФАП (педиатр)	дет	237,00	474,00	237,00
50	Фельдшер ФП/ФАП (педиатр) участковый	дет	237,00	474,00	237,00
51	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт)	взр	237,00	474,00	237,00
52	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт) участковый	взр	237,00	474,00	237,00
53	Хирург	взр	341,00	682,00	
54	Эндокринолог	взр	340,00	680,00	

(приложение 9/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

1.3. Медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в поликлинике для медицинских организаций, не участвующих в подушевом финансировании амбулаторной медицинской помощи, а также для медицинских организаций, участвующих в подушевом финансировании, по видам медицинской помощи, не включенным в базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях (медицинская помощь, оказанная в центрах здоровья, мобильными бригадами)

рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Тариф на оплату МП за посещение с леч.-диагн. целью	Тариф на оплату МП за посещение с проф. целью
1	2	3	4	5
1	Акушер-гинеколог (мобильная бригада)	взр	971,00	
2	Аллерголог-иммунолог (мобильная бригада)	дет	904,00	
3	Врач центра здоровья (первичный прием)	взр		811,00
4	Врач центра здоровья (первичный прием)	дет		811,00
5	Врач центра здоровья (повторный прием)	взр		200,00
6	Врач центра здоровья (повторный прием)	дет		200,00
7	Гастроэнтеролог (мобильная бригада)	взр	1 099,00	
8	Гастроэнтеролог (мобильная бригада)	дет	1 099,00	
9	Детский кардиолог (мобильная бригада)	дет	771,00	
10	Детский уролог-андролог (мобильная бригада)	дет	822,00	
11	Детский хирург (мобильная бригада)	дет	830,00	
12	Детский эндокринолог (мобильная бригада)	дет	849,00	

№ п/п	Наименование тарифа	Тип	Тариф на оплату МП за посещение с леч.-диагн. целью	Тариф на оплату МП за посещение с проф. целью
1	2	3	4	5
13	Кардиолог (мобильная бригада)	взр	771,00	
14	Невролог (мобильная бригада)	взр	904,00	
15	Невролог (мобильная бригада)	дет	904,00	
16	Нефролог (мобильная бригада)	дет	815,00	
17	Оториноларинголог (мобильная бригада)	взр	995,00	
18	Оториноларинголог (мобильная бригада)	дет	995,00	
19	Офтальмолог (мобильная бригада)	взр	1 024,00	
20	Офтальмолог (мобильная бригада)	дет	1 024,00	
21	Педиатр (мобильная бригада)	дет	778,00	
22	Пульмонолог (мобильная бригада)	взр	881,00	
23	Пульмонолог (мобильная бригада)	дет	837,00	
24	Ревматолог (мобильная бригада)	взр	882,00	
25	Сердечно-сосудистый хирург (мобильная бригада)	взр	1 402,00	
26	Сурдолог-оториноларинголог (мобильная бригада)	дет	995,00	
27	Травматолог-ортопед (мобильная бригада)	взр	830,00	
28	Травматолог-ортопед (мобильная бригада)	дет	830,00	
29	Уролог (мобильная бригада)	взр	839,00	
30	Эндокринолог (мобильная бригада)	взр	849,00	

(приложение 9/3 к Тарифному соглашению на 2024 год).

1.4. Консультативно-диагностической медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в консультативно-диагностических центрах Челябинской области

рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Вид	Лечебно-диагностическая цель	
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение
1	2	3	4	5
1	Врач акушер-гинеколог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
2	Врач акушер-гинеколог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
3	Врач аллерголог-иммунолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
4	Врач аллерголог-иммунолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
5	Врач гастроэнтеролог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
6	Врач гастроэнтеролог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
7	Врач детский кардиолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
8	Врач детский уролог-андролог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
9	Врач детский хирург КДЦ	дет	820,00	1 640,00
10	Врач детский эндокринолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
11	Врач инфекционист КДЦ	взр	820,00	1 640,00
12	Врач инфекционист КДЦ	дет	820,00	1 640,00

№ п/п	Наименование тарифа	Вид	Лечебно-диагностическая цель	
			Тариф на оплату МП за посещение	Тариф на оплату МП за обращение
1	2	3	4	5
13	Врач кардиолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
14	Врач колопроктолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
15	Врач невролог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
16	Врач невролог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
17	Врач нейрохирург КДЦ	взр	820,00	1 640,00
18	Врач нефролог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
19	Врач нефролог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
20	Врач оториноларинголог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
21	Врач оториноларинголог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
22	Врач офтальмолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
23	Врач офтальмолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
24	Врач педиатр КДЦ	дет	820,00	1 640,00
25	Врач пульмонолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
26	Врач пульмонолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
27	Врач ревматолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
28	Врач ревматолог КДЦ	дет	820,00	1 640,00
29	Врач сердечно-сосудистый хирург КДЦ	взр	820,00	1 640,00
30	Врач травматолог-ортопед КДЦ	взр	820,00	1 640,00
31	Врач травматолог-ортопед КДЦ	дет	820,00	1 640,00
32	Врач уролог КДЦ	взр	820,00	1 640,00
33	Врач хирург КДЦ	взр	820,00	1 640,00
34	Врач эндокринолог КДЦ	взр	820,00	1 640,00

(приложение 9/5 к Тарифному соглашению на 2024 год).

1.5. Дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий в режиме реального времени взрослому и детскому застрахованному населению на дому, для осуществления взаиморасчетов между медицинскими организациями, участвующими в подушевом финансировании

рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Вид	Лечебно-диагностическая цель
			Тариф на оплату МП за обращение
1	2	3	4
1	Аллерголог-иммунолог (с применением ТМТ)	взр	508,00
2	Аллерголог-иммунолог (с применением ТМТ)	дет	508,00
3	Врач общей практики (с применением ТМТ)	взр	488,00
4	Врач общей практики (с применением ТМТ)	дет	488,00
5	Гастроэнтеролог (с применением ТМТ)	взр	488,00
6	Гастроэнтеролог (с применением ТМТ)	дет	488,00
7	Гематолог (с применением ТМТ)	взр	488,00
8	Гематолог (с применением ТМТ)	дет	488,00

№ п/п	Наименование тарифа	Вид	Лечебно- диагностическая цель
			Тариф на оплату МП за обращение
1	2	3	4
9	Детский кардиолог (с применением ТМТ)	дет	487,00
10	Детский хирург (с применением ТМТ)	дет	490,00
11	Детский эндокринолог (с применением ТМТ)	дет	489,00
12	Инфекционист (с применением ТМТ)	взр	505,00
13	Инфекционист (с применением ТМТ)	дет	505,00
14	Кардиолог (с применением ТМТ)	взр	487,00
15	Невролог (с применением ТМТ)	взр	497,00
16	Невролог (с применением ТМТ)	дет	497,00
17	Нефролог (с применением ТМТ)	взр	497,00
18	Нефролог (с применением ТМТ)	дет	497,00
19	Оториноларинголог (с применением ТМТ)	взр	489,00
20	Оториноларинголог (с применением ТМТ)	дет	489,00
21	Офтальмолог (с применением ТМТ)	взр	526,00
22	Офтальмолог (с применением ТМТ)	дет	526,00
23	Педиатр (с применением ТМТ)	дет	488,00
24	Педиатр участковый (с применением ТМТ)	дет	488,00
25	Пульмонолог (с применением ТМТ)	взр	488,00
26	Пульмонолог (с применением ТМТ)	дет	488,00
27	Ревматолог (с применением ТМТ)	взр	487,00
28	Ревматолог (с применением ТМТ)	дет	487,00
29	Терапевт (с применением ТМТ)	взр	488,00
30	Терапевт участковый (с применением ТМТ)	взр	488,00
31	Травматолог-ортопед (с применением ТМТ)	взр	490,00
32	Травматолог-ортопед (с применением ТМТ)	дет	490,00
33	Фельдшер (с применением ТМТ)	взр	327,00
34	Фельдшер (с применением ТМТ)	дет	327,00
35	Хирург (с применением ТМТ)	взр	490,00
36	Эндокринолог (с применением ТМТ)	взр	489,00

(приложение 9/6 к Тарифному соглашению на 2024 год).

1.6. Тарифы на оплату медицинской помощи (с учетом лабораторных и инструментальных исследований), оказанной взрослому застрахованному населению в центрах амбулаторной онкологической помощи (далее - ЦАОП) рублей

№ п/п	Наименование тарифа	Тариф на оплату МП за посещение
1	2	3
1	Акушер-гинеколог (ЦАОП)	418,00
2	Врач по медицинской реабилитации (ЦАОП)	269,00
3	Гастроэнтеролог (ЦАОП)	339,00
4	Гематолог (ЦАОП)	339,00
5	Дерматовенеролог (ЦАОП)	326,00
6	Кардиолог (ЦАОП)	338,00



№ п/п	Наименование тарифа	Тариф на оплату МП за посещение
1	2	3
7	Колопроктолог (ЦАОП)	339,00
8	Невролог (ЦАОП)	348,00
9	Оториноларинголог (ЦАОП)	340,00
10	Онколог (ЦАОП)	977,00
11	Пульмонолог (ЦАОП)	339,00
12	Терапевт (ЦАОП)	339,00
13	Уролог (ЦАОП)	348,00
14	Хирург (ЦАОП)	341,00
15	Эндокринолог (ЦАОП)	340,00

(таблица 1 приложения 9/8 к Тарифному соглашению на 2024 год)

(обращение ГАУЗ «ГКБ № 11 г. Челябинск» от 27.10.2023 № 1043, ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск» от 08.12.2023 № 2093, от 13.12.2023 № 2098).

1.7. Стоматологической медицинской помощи за 1 УЕТ, в том числе неотложной стоматологической медицинской помощи, в размере 186,10 рублей (таблицы 1, 2 приложения 10 к Тарифному соглашению на 2024 год) (письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 22.03.2023 № 02/2398 о направлении для рассмотрения на Комиссии обращения Челябинской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации от 09.03.2023 № 97; обращения Челябинской областной организации профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации от 09.03.2023 № 96, от 25.05.2023 № 264, 265, ГАУЗ «СП № 6 г. Челябинск» от 07.03.2023 № 5/э, от 23.05.2023 № 8/23, от 06.07.2023 № 9/23, ГБУЗ «ОСП» от 11.05.2023 № 01/138, ГАУЗ «СП № 1 г. Челябинск» от 06.07.2023 № 112-Э, ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника г. Магнитогорск» от 12.07.2023 № 144, ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 1 г. Магнитогорск» от 12.07.2023 № 153/01-26).

2. Установить тарифы на оплату диспансерного наблюдения отдельных категорий граждан из числа взрослого застрахованного населения в разрезе врачебных специальностей в соответствии с установленными Комиссией объемами предоставления медицинской помощи

рублей

№	Наименование тарифа	Вид	Тариф на оплату МП за комплексное посещение с лечебно- диагностической целью
А	1	2	3
1.1	Врач общей практики ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	3 225,50
1.2	Врач общей практики (фельдшер) ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	2 257,90

№	Наименование тарифа	Вид	Тариф на оплату МП за комплексное посещение с лечебно-диагностической целью
А	1	2	3
1.3	Врач-кардиолог ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	3 225,50
1.4	Врач-терапевт ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	3 225,50
1.5	Врач-терапевт участковый ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	3 225,50
1.6	Фельдшер (терапевт) ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	2 257,90
1.7	Фельдшер (терапевт участковый) ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	2 257,90
1.8	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт) ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	2 257,90
1.9	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт участковый) ДН пациентов с болезнями системы кровообращения	взр	2 257,90
2	Врач-онколог ДН пациентов с онкологическими заболеваниями	взр	3 448,80
3.1	Врач общей практики ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	1 425,70
3.2	Врач общей практики (фельдшер) ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	998,00
3.3	Врач-терапевт ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	1 425,70
3.4	Врач-терапевт участковый ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	1 425,70
3.5	Врач-эндокринолог ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	1 425,70
3.6	Фельдшер (терапевт) ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	998,00
3.7	Фельдшер (терапевт участковый) ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	998,00
3.8	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт) ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	998,00
3.9	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт участковый) ДН пациентов с сахарным диабетом	взр	998,00
4.1	Врач общей практики ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.2	Врач общей практики (фельдшер) ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 109,90
4.3	Врач-акушер-гинеколог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.4	Врач-дерматовенеролог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.5	Врач-инфекционист ДН пациентов с прочими	взр	1 585,50

№	Наименование тарифа	Вид	Тариф на оплату МП за комплексное посещение с лечебно-диагностической целью
А	1	2	3
	заболеваниями		
4.6	Врач-невролог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.7	Врач-онколог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.8	Врач-отоларинголог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.9	Врач-офтальмолог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.10	Врач-терапевт ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.11	Врач-терапевт участковый ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.12	Врач-травматолог-ортопед ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.13	Врач-уролог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.14	Врач-хирург ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.15	Врач-эндокринолог ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 585,50
4.16	Фельдшер (терапевт) ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 109,90
4.17	Фельдшер (терапевт участковый) ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 109,90
4.18	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт) ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 109,90
4.19	Фельдшер ФП/ФАП (терапевт участковый) ДН пациентов с прочими заболеваниями	взр	1 109,90

(приложение 9/9 к Тарифному соглашению на 2024 год).

3. Установить способы оплаты в соответствии с ТПГГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов, особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

4. Установить среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях в рамках базовой программы ОМС (таблица 1 приложения 6 к Тарифному соглашению на 2024 год).

5. Установить на уровне 2023 года тарифы на оплату:

5.1 Профилактических медицинских осмотров, диспансеризации:

- комплексного посещения диспансеризации взрослого и детского застрахованного населения;
  - осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках II этапа диспансеризации взрослого застрахованного населения;
  - комплексного посещения, медицинских услуг, проводимых в рамках углубленной диспансеризации взрослого застрахованного населения;
  - комплексного посещения профилактических медицинских осмотров взрослого и детского застрахованного населения;
  - осмотров врачами-специалистами, исследований и иных медицинских мероприятий, проводимых в рамках I этапа профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних
- (приложения 11, 12 к Тарифному соглашению на 2024 год).

5.2. Неотложной медицинской помощи  
(приложение 9/4 к Тарифному соглашению на 2024 год).

5.3. Медицинской реабилитации, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в амбулаторных условиях  
(приложение 9/10 к Тарифному соглашению на 2024 год).

5.4. Медицинской помощи, оказанной взрослому и детскому застрахованному населению в школах для пациентов с сахарным диабетом  
(приложение 9/11 к Тарифному соглашению на 2024 год).

6. В связи с выведением из подушевого норматива диспансерного наблюдения взрослого застрахованного населения, отсутствием плановых объемов посещений дистанционных консультаций в амбулаторных условиях, оказанных с применением телемедицинских технологий (далее - ТМТ) для детского застрахованного населения, упразднить тарифы на оплату дистанционных консультаций (посещений) в амбулаторных условиях, оказанных с применением ТМТ взрослому и детскому застрахованному населению.

7. Установить базовые нормативы финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, при оплате:

7.1. посещений с профилактическими и иными целями в размере 1 011,50 рублей, в том числе:

- комплексных посещений для проведения профилактических медицинских осмотров, в размере 2 479,80 рублей;
- комплексных посещений для проведения диспансеризации, в размере 3 030,60 рублей, в том числе комплексных посещений для проведения углубленной диспансеризации, в размере 1 310,40 рублей;
- посещений с иными целями, в размере 429,40 рублей;

7.2. обращений в связи с заболеваниями, в размере 2 087,70 рублей, в том числе:

- компьютерной томографии, в размере 3 254,10 рублей;
- магнитно-резонансной томографии, в размере 4 443,30 рублей;

- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы, в размере 657,10 рублей;

- эндоскопического диагностического исследования, в размере 1 204,90 рублей;

- молекулярно-генетического исследования с целью диагностики онкологических заболеваний, в размере 10 118,70 рублей;

- патологоанатомического исследования биопсийного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии, в размере 2 495,50 рублей;

- тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19), в размере 483,00 рублей;

7.3. комплексных посещений по профилю «медицинская реабилитация», в размере 24 061,80 рублей;

7.4. комплексных посещений для проведения диспансерного наблюдения взрослого населения, в размере 2 481,90 рублей, в том числе по поводу:

- онкологических заболеваний, в размере 3 497,40 рублей;

- сахарного диабета, в размере 1 320,50 рублей;

- болезней системы кровообращения, в размере 2 936,20 рублей;

7.5. посещений в неотложной форме установлен, в размере 930,80 рублей.

8. В связи с отсутствием разъяснений Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Министерства здравоохранения Российской Федерации, письма о формировании и экономическом обосновании территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2024 год, с 01.01.2024 не устанавливать тарифы на оплату:

- проведения диспансеризации взрослого населения по оценке репродуктивного здоровья в целях выявления у граждан признаков заболеваний или состояний, которые могут негативно повлиять на беременность и последующее течение беременности, родов и послеродового периода, а также факторов риска их развития;

- проведения диагностических (лабораторных) исследований с целью выявления вирусного гепатита С в рамках норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи в амбулаторных условиях для проведения профилактических медицинских осмотров (комплексного посещения);

- диспансерного наблюдения (взрослого населения) работающих граждан и (или) обучающихся в образовательных организациях.

9. В рамках подушевого финансирования с 01.01.2024:

9.1. Установить особенности оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях, по подушевому нормативу финансирования (глава 1 раздела II Тарифного соглашения на 2024 год).

9.2. Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, с учетом коэффициента дифференциации в размере 7 764,80 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Установить базовый подушевой норматив финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, без учета коэффициента дифференциации в размере 189,16 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

9.3. Установить коэффициенты дифференциации подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях:

9.3.1. коэффициенты половозрастного состава, учитывающие затраты на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, в разрезе половозрастных групп:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
3,173	3,321	1,949	2,027	0,975	0,981	0,925	0,543	1,600	1,600

9.3.2. коэффициенты специфики оказания медицинской помощи, учитывающие наличие 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 (приложение 5 к Тарифному соглашению на 2024 год);

9.3.3. коэффициенты дифференциации для медицинских организаций (КД):

9.3.3.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 8.3.3.2) в размере 1,105;

9.3.3.2. для медицинских организаций, расположенных на территории закрытых административно-территориальных образований (далее - ЗАТО), подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА», ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» в размере 1,14;

9.3.4. коэффициенты половозрастного состава медицинских организаций (приложение 13 к Тарифному соглашению на 2024 год);

9.3.5. коэффициенты уровня расходов медицинских организаций, равные действующим на конец 2023 года (приложение 13 к Тарифному соглашению на 2024 год);

9.3.6. коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» в размере 1,0.

9.4. Установить поправочный коэффициент в размере 0,932.

9.5. Установить:

- размер средств на осуществление стимулирующих выплат при достижении целевых показателей – 3 % от объема средств на оплату

медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;

- показатели результативности деятельности медицинских организаций, имеющих прикрепленное население (приложение 14 к Тарифному соглашению на 2024 год);

- срок осуществления выплат по результатам оценки достижения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, значений показателей результативности деятельности - по итогам года (декабрь 2023 года - ноябрь 2024 года).

9.6. Установить размеры финансового обеспечения фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов (далее – ФП, ФАП) на 2024 год (без учета коэффициентов дифференциации):

- ФП, ФАП, обслуживающий менее 100 жителей (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 0,670, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 100 до 900 жителей) - 824,45 тыс. рублей;

- ФП, ФАП, обслуживающий от 100 до 900 жителей – 1 230,50 тыс. рублей;

- ФП, ФАП, обслуживающий от 900 до 1500 жителей – 2 460,90 тыс. рублей;

- ФП, ФАП, обслуживающий от 1500 до 2000 жителей – 2 907,10 тыс. рублей;

- ФП, ФАП, обслуживающий более 2000 жителей (с применением коэффициента уровня медицинской организации в размере 1,181, применяемого к базовому нормативу финансовых затрат на финансовое обеспечение структурного подразделения медицинской организации, обслуживающего от 1500 до 2000 жителей) – 3 434,20 тыс. рублей.

Установить финансовое обеспечение фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов за исключением объема средств на оплату неотложной медицинской помощи, оказанной в фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктах, рассчитанных с учетом коэффициентов специфики оказания медицинской помощи, учитывающих критерии соответствия ФП, ФАП требованиям, установленным Положением об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15.05.2012 № 543н (приложение 4 к Тарифному соглашению на 2024 год), без учета коэффициентов, учитывающих обслуживание фельдшером женщин репродуктивного возраста (в части проведения санитарно-гигиенического обучения женщин по вопросам грудного вскармливания, предупреждения заболеваний репродуктивной системы, абортов и инфекций, передаваемых половым путем) при отсутствии в ФП, ФАП акушерок.

9.7. Установить фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, тарифы на финансовое обеспечение фельдшерских,

фельдшерско-акушерских пунктов (приложение 13 к Тарифному соглашению на 2024 год)

(обращения ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск» от 05.12.2023 № 2052, от 08.12.2023 № 2093, от 13.12.2023 № 2098, ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 15.12.2023 № 4934, ГАУЗ «ГКБ № 11 г. Челябинск» от 27.10.2023 № 1043).

9.8. Установить периодичность перерасчета базового подушевого норматива финансирования медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях, - в случае значительного изменения объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи за единицу объема в связи с изменением объемов предоставления медицинской помощи или тарифов на оплату медицинской помощи, но не чаще одного раза в квартал.

## II. Лабораторные (диагностические) исследования с 01.01.2024:

1. Установить особенности оплаты диагностических (лабораторных) исследований (глава 1 раздела II Тарифного соглашения на 2024 год).

2. Установить на уровне 2023 года тарифы на оплату:

- 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, проведение тестирования на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID – 19));

- медицинских услуг «ПЭТ/КТ», «ОФЭКТ», «ОФЭКТ/КТ», «Пренатальная диагностика (I ультразвуковой скрининг с забором образцов крови для определения материнских сывороточных маркеров)», «Пренатальная диагностика (II ультразвуковой скрининг)», «Пренатальная диагностика (биохимический скрининг)», исследований на наличие вирусов гриппа (таблица 1 приложения 9/7 к Тарифному соглашению на 2024 год);

- медицинских услуг, оказанных взрослому застрахованному населению в ЦАОП (таблица 2 приложения 9/8 к Тарифному соглашению на 2024 год) (обращения ГАУЗ «ООД № 2» от 28.11.2023 № 1/29-1304, от 06.12.2023 № 1/29-1336).

## III. Скорая медицинская помощь с 01.01.2024:

1. Установить способы оплаты, особенности оплаты скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

2. Установить средний размер финансового обеспечения скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в размере 1 161,75 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

Установить базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, без учета



коэффициента дифференциации в размере 85,92 рублей на 1 застрахованное лицо в месяц.

3. Установить коэффициенты половозрастного состава, учитывающие затраты на оплату скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, в разрезе половозрастных групп в размере:

0-1 года		1-4 года		от 5 до 17 лет		от 18 до 64 лет		65 лет и старше	
жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж
2,471	3,053	1,843	2,107	0,696	0,735	0,760	0,657	2,071	1,846

4. Установить коэффициенты дифференциации, определенные для i-той медицинской организации:

4.1. коэффициенты половозрастного состава (КД<sub>пв</sub>);

4.2. коэффициенты уровня расходов медицинских организаций (КДур);

4.3 коэффициенты достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, установленных «дорожной картой» развития здравоохранения в Челябинской области (КДзп)

(приложение 17/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

5. Установить коэффициенты дифференциации медицинской организации (КД):

5.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 5.2) в размере 1,105;

5.2. для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО, подведомственных ФМБА:

- ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 71 ФМБА», ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» в размере 1,14.

6. Установить поправочный коэффициент в размере 1,004.

7. Установить фактические дифференцированные подушевые нормативы финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации (приложение 17/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

8. Установить тарифы за вызов выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в соответствии с приказами Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234 «Об организации оказания экстренной консультативной скорой медицинской помощи в Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 29.03.2023 № 234), от 13.10.2023 № 784 «Об организации медицинской помощи выездными реанимационными бригадами реанимационно-консультативного блока отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных на территории Челябинской области» (далее - приказ Минздрава Челябинской области от 13.10.2023 № 784), от 14.12.2023 № 994 «Об организации медицинской помощи детям выездными бригадами реанимационно-консультативного центра Государственного автономного учреждения здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница» на территории Челябинской области» (далее - приказ Минздрава

Челябинской области от 14.12.2023 № 994) в разрезе территорий обслуживания, возрастных групп, действовавших в 2023 году:

- дети от 0 до 28 суток;
- дети от 29 дней до 1 года;
- дети от 1 года до 17 лет 11 месяцев 29 дней;
- взрослые

(таблица 3 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

С 01.01.2024 производить оплату медицинской помощи, оказанной в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 29.03.2023 № 234, от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994, с учетом положений Тарифного соглашения на 2024 год, информации, предоставленной Министерством здравоохранения Челябинской области (письма от 10.05.2023 № 03/4355, от 22.09.2023 № 06/8994):

1) за вызов выездной реанимационной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи взрослому и детскому населению, в том числе новорожденным, с учетом действующих критериев, в том числе возрастного диапазона новорожденных «дети от 0 до 28 суток», без учета «постконцептуального возраста»;

2) после принятия решения Комиссией об оплате случаев оказания медицинской помощи за вызов выездной бригады скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи детскому населению (в соответствии с приказами Министерства здравоохранения Челябинской области от 13.10.2023 № 784, от 14.12.2023 № 994):

- с территории (зоны) обслуживания «по согласованию» для территорий, отсутствующих в Тарифном соглашении на 2024 год;

- медицинской эвакуации из не медицинских организаций Челябинской области.

9. Установить тарифы за вызов скорой медицинской помощи, оказанной застрахованному населению Челябинской области, вне медицинской организации с проведением тромболитической терапии с применением медицинских препаратов:

- проурокиназы, в размере 38 552,90 рублей;
- алтеплазы, в размере 55 041,30 рублей;
- тенектеплазы, в размере 63 144,90 рублей;
- рекомбинантного белка, содержащего аминокислотную последовательность стафилокиназы, в размере 55 142,70 рублей

(таблицы 1, 2 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

10. Установить тариф за вызов скорой медицинской помощи, оказанной населению, застрахованному на территории других субъектов Российской Федерации в размере 4 021,20 рублей

(таблица 2 приложения 17/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

11. Установить базовый норматив финансовых затрат за вызов скорой медицинской помощи в размере 4 070,60 рублей.

12. Базовый подушевой норматив финансирования скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации, пересчитывается в случае значительного изменения объема средств на финансовое обеспечение медицинской помощи за единицу объема в связи с изменением объемов предоставления медицинской помощи или тарифов на оплату медицинской помощи, но не чаще одного раза в квартал.

#### IV. Круглосуточный стационар с 01.01.2024:

1. Установить способы оплаты, основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

2. Установить перечень КСГ (435 КСГ) к которым применяется/ не применяется коэффициент уровня/подуровня оказания медицинской помощи, размер коэффициентов относительной затроемкости (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

3. Установить средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи (без учета коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации) в размере 43 082,90 рублей.

Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях (с учетом коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации) в размере 8 007,44 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

4. Установить базовую ставку в круглосуточном стационаре:

- с учетом коэффициента дифференциации (1,105), рассчитанного в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 05.05.2012 № 462, в размере 30 944,30 рублей;

- без учета коэффициента дифференциации в размере 28 003,89 рублей.

5. Установить коэффициент дифференциации (КД) для медицинских организаций Челябинской области в размере 1,105.

6. Установить уровни/подуровни медицинской организации, коэффициенты уровня/подуровня медицинской организации в стационарных условиях, действующие на конец 2023 года, за исключением медицинских организаций ГАУЗ «ОКБ № 3», ГБУЗ «ЧОКБ», для которых коэффициент уровня/подуровня медицинской организации установить в размере 1,3 (обращение ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 15.12.2023 № 4934) (приложение 3 к Тарифному соглашению на 2024 год).

7. Установить коэффициенты специфики (КСкс), используемые при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

7.1. в размере 1,06 для КСГ st29.008 «Эндопротезирование суставов»;

7.2. в размере 1,0 для КСГ, за исключением указанного в пункте 7.1 (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

8. Установить подгруппы в составе КСГ st12.016 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2)», порядок оплаты медицинской помощи,

оказанной пациентам со среднетяжелым течением коронавирусной инфекции COVID-19:

- с применением лекарственных препаратов левилимаб (stt2.2), олокизумаб (stt2.3), тоцилизумаб (stt2.4), сарилумаб (stt2.5)), анакинра (stt2.7), ремдесивир (stt2.6), иммуноглобулин человека против COVID-19 (stt2.8), синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) (stt2.9) - по КСГ st12.016.2 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)» с коэффициентом затратоемкости 4,65, долей на заработную плату - 0,6653;

- без применения вышеизложенных лекарственных препаратов (stt2.1) - по КСГ st12.016.1 «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)» с коэффициентом затратоемкости 2,28, долей на заработную плату - 0,6653 (приложение 7/1 к Тарифному соглашению на 2024 год).

9. Установить долю заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемой при оплате медицинской помощи в стационарных условиях, в соответствии с Программой государственных гарантий, за исключением КСГ «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.1)», «Коронавирусная инфекция COVID-19 (уровень 2.2)» (приложение 7/7 к Тарифному соглашению на 2024 год).

10. Установить перечень групп заболеваний, состояний (КСГ) в круглосуточном стационаре с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в соответствии с Программой государственных гарантий (приложение 7/3 к Тарифному соглашению на 2024 год) (обращение ГАУЗ ОТКЗ «ГКБ № 1 г. Челябинск» от 20.12.2023 № 5029).

11. Установить особенности оплаты прерванных случаев медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

11.1. к прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

- 1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;
- 2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;
- 3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из стационарных условий в условия дневного стационара);
- 4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;
- 5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;
- 6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;
- 7) случаи 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;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении 7/3 к Тарифному соглашению;

9) случаи медицинской реабилитации по КСГ st37.002, st37.003, st37.006, st37.007, st37.024, st37.025, st37.026 с длительностью лечения менее количества дней, определенных Программой государственных гарантий и приложением 6 к Методическим рекомендациям;

11.2. в случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Приложением 7/3 к Тарифному соглашению устанавливается перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям по основаниям, связанным с длительностью лечения и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях;

11.3. доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 85% стоимости КСГ;

Перечень КСГ круглосуточного стационара, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию, устанавливается приложением 7/5 к Тарифному соглашению.

В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ;

11.4. случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными по основаниям, изложенным в подпунктах 7 и 9 пункта 11.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

12. Установить особенности оплаты медицинской помощи, оказанной пациентам одновременно по двум и более КСГ, в соответствии с пунктом 4.3 раздела I Методических рекомендаций.

13. Установить коэффициенты сложности лечения пациента в стационарных условиях:

1) предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет) за исключением случаев, к которым применяется КСЛП, предусмотренный подпунктом 2 - 0,2;

2) предоставление спального места и питания законному представителю несовершеннолетних (детей до 4 лет, детей старше 4 лет при наличии медицинских показаний, детей-инвалидов в возрасте до 18 лет), получающих медицинскую помощь по профилю «детская онкология» и (или) «гематология» - 0,6;

3) оказание медицинской помощи пациенту в возрасте старше 75 лет в случае проведения консультации врача-гериатра (кроме случаев госпитализации на геронтологические профильные койки) - 0,2;

4) развертывание индивидуального поста - 0,2;

5) наличие у пациента тяжелой сопутствующей патологии, требующей оказания медицинской помощи в период госпитализации - 0,6.

Сопутствующие заболевания и осложнения заболеваний:

- Рассеянный склероз (G35);
- Хронический лимфоцитарный лейкоз (C91.1);
- Состояния после трансплантации органов и (или) тканей (Z94.0; Z94.1; Z94.4; Z94.8);
- Детский церебральный паралич (G80);
- ВИЧ/СПИД, стадии 4Б и 4В, взрослые (B20 - B24);
- Перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции, дети (Z20.6);
- Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели) (D59.5);
- Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса) (D69.3);
- Дефект в системе комплемента (D84.1);
- Преждевременная половая зрелость центрального происхождения (E22.8);
- Нарушения обмена ароматических аминокислот (классическая фенилкетонурия, другие виды гиперфенилаланинемии) (E70.0, E70.1);
- Тирозинемия (E70.2);
- Болезнь «кленового сиропа» (E71.0);
- Другие виды нарушений обмена аминокислот с разветвленной цепью (изовалериановая ацидемия, метилмалоновая ацидемия, пропионовая

ацидемия) (E71.1);

- Нарушения обмена жирных кислот (E71.3);

- Гомоцистинурия (E72.1);

- Глютарикацидурия (E72.3);

- Галактоземия (E74.2);

- Другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Нимана-Пика (E75.2);

- Острая перемежающаяся (печеночная) порфирия (E80.2);

- Нарушения обмена меди (болезнь Вильсона) (E83.0);

- Незавершенный остеогенез (Q78.0);

- Легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная) (I27.0);

- Сахарный диабет I типа (E10);

6) проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 1) - 0,05;

7) проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 2) - 0,47;

8) проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 3) - 1,16;

9) проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 4) - 2,07;

10) проведение сочетанных хирургических вмешательств или проведение однотипных операций на парных органах (уровень 5) - 3,49;

11) проведение 1 этапа медицинской реабилитации пациентов – 0,15

(при проведении реабилитационных мероприятий при нахождении пациента на реанимационной койке и/или койке интенсивной терапии, начавшихся не позднее 48 часов от поступления в отделение реанимации или на койку интенсивной терапии с общей длительностью реабилитационных мероприятий не менее 5-ти суток, включая период после перевода на профильные койки по окончании реанимационных мероприятий, при обязательной продолжительности реабилитационных мероприятий не менее одного часа в сутки (при условии организации отделения ранней медицинской реабилитации на не менее чем 12 коек отделения, оказывающего медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реанимация», и его укомплектования в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по медицинской реабилитации);

12) проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в стационарных условиях в соответствии с клиническими рекомендациями (стоимость КСЛП определяется без учета коэффициента дифференциации) – 0,63

(в случаях проведения сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, оплата стационарной медицинской помощи, оказанной по КСГ st19.084-st19.089, st19.094-st19.102, st19.144-st19.162, осуществляется с применением КСЛП «Проведение

сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установлен таблицей 4 приложения 8 к Тарифному соглашению. При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется);

13) проведение тестирования на выявление респираторных вирусных заболеваний (гриппа, новой коронавирусной инфекции COVID-19) в период госпитализации – 0,05 (не может применяться при оплате случаев лечения по КСГ st12.012 «Грипп, вирус гриппа идентифицирован» и КСГst12.015-st12.019, используемых для оплаты случаев лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19)

(приложение 8 к Тарифному соглашению на 2024 год).

14. Не устанавливать при расчете стоимости случаев оказания медицинской помощи в стационарных условиях коэффициент достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

15. Установить порядок финансового обеспечения расходов на проведение патологоанатомических вскрытий (посмертное патологоанатомическое исследование внутренних органов и тканей умершего человека, новорожденных, а также мертворожденных и плодов) в патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии, в случае смерти застрахованного лица при получении медицинской помощи в стационарных условиях (результат госпитализации) по поводу заболеваний и (или) состояний, включенных в базовую программу ОМС, в указанных медицинских организациях - в рамках стоимости случая медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях.

#### V. Высокотехнологичная медицинская помощь с 01.01.2024:

Установить основные подходы к оплате высокотехнологичной медицинской помощи (далее – ВМП)

(глава 2 раздела II Тарифного соглашения на 2024 год).

В связи с отсутствием в Программе государственных гарантий коэффициентов дифференциации к доле заработной платы в составе норматива финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для 11 групп ВМП, установить тарифы на оплату ВМП после утверждения Программой



государственных гарантий коэффициентов дифференциации к доле заработной платы для всех групп ВМП, либо получения разъяснений от Минздрава России, ФФОМС.

#### VI. Дневной стационар с 01.01.2024:

1. Установить способы оплаты, основные подходы к оплате медицинской помощи по КСГ (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

2. Установить перечень КСГ (205 КСГ), используемых при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, размеры коэффициентов относительной затратоемкости в соответствии с Программой государственных гарантий, Методическими рекомендациями (приложение 7/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

3. Установить средний норматив финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи без учета коэффициента дифференциации, медицинской реабилитации в размере 26 709,90 рублей.

Установить средний размер финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров (с учетом коэффициента дифференциации, без учета медицинской реабилитации) в размере 2 061,35 рублей на 1 застрахованное лицо в год.

4. Установить базовую ставку в условиях дневных стационаров без учета коэффициента дифференциации, медицинской реабилитации в размере 16 025,93 рублей.

5. Не устанавливать при расчете стоимости случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров коэффициенты уровня (подуровня) медицинской организации, достижения целевых показателей уровня заработной платы медицинских работников, предусмотренных «дорожными картами» развития здравоохранения в Челябинской области, в соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».

6. Установить на уровне 2023 года коэффициент сложности лечения пациента в условиях дневных стационаров «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в условиях дневного стационара в соответствии с клиническими рекомендациями» в размере 1,2 (стоимость КСЛП определяется без учета коэффициента дифференциации).

В случаях проведения сопроводительной терапии, предусмотренной соответствующими клиническими рекомендациями, оплата медицинской помощи, оказанной по КСГ ds19.058-ds19.062, ds19.067-ds19.078, ds19.116-ds19.134 осуществляется с применением КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых в соответствии с клиническими рекомендациями». Перечень схем сопроводительной лекарственной терапии для применения данного КСЛП установлен таблицей 4 приложения 8 к Тарифному соглашению.

При использовании схем лекарственной терапии, предусматривающих применение лекарственных препаратов филграстим, деносумаб, эмпэгфилграстим, КСЛП «Проведение сопроводительной лекарственной терапии при злокачественных новообразованиях у взрослых» не применяется.

7. Установить коэффициенты дифференциации (КД):

7.1. для медицинских организаций Челябинской области (за исключением изложенных в пункте 7.2) в размере 1,105;

7.2. для медицинских организаций, расположенных на территории ЗАТО:

- ФГБУЗ «Клиническая больница № 71 ФМБА», ФГБУЗ «Центральная медико-санитарная часть № 15 ФМБА» в размере 1,21;

- ФГБУЗ «Медико-санитарная часть № 72 ФМБА» в размере 1,14.

8. Установить коэффициенты специфики (КС<sub>ДС</sub>), используемые при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров:

8.1. в размере 1,0 для КСГ ds08.001- ds08.003, ds19.016, ds19.017, ds19.028, ds19.033, ds19.050- ds19.058, ds19.060- ds19.079, ds19.116- ds19.134;

8.2. в размере 0,8 для КСГ, за исключением указанных в пункте 8.1, (приложение 7/2 к Тарифному соглашению на 2024 год).

9. Установить перечень групп заболеваний, состояний (КСГ) в условиях дневных стационаров с оптимальной длительностью лечения до 3 дней включительно в соответствии с Программой государственных гарантий (приложение 7/4 к Тарифному соглашению на 2024 год).

10. Установить размер доли заработной платы и прочих расходов в структуре стоимости КСГ, используемой при оплате медицинской помощи в условиях дневных стационаров в соответствии с Программой государственных гарантий (приложение 7/8 к Тарифному соглашению на 2024 год).

11. Установить порядок оплаты прерванных случаев оказания медицинской помощи в условиях дневных стационаров:

11.1. к прерванным случаям оказания медицинской помощи относятся:

1) случаи прерывания лечения по медицинским показаниям;

2) случаи прерывания лечения при переводе пациента из одного отделения медицинской организации в другое;

3) случаи изменения условий оказания медицинской помощи (перевода пациента из условий дневного стационара в условия круглосуточного стационара);

4) случаи перевода пациента в другую медицинскую организацию;

5) случаи прерывания лечения вследствие преждевременной выписки пациента из медицинской организации, обусловленной его письменным отказом от дальнейшего лечения;

6) случаи лечения, закончившиеся летальным исходом;

7) случаи 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;

8) законченные случаи лечения (не являющиеся прерванными по основаниям 1-7) длительностью 3 дня и менее по КСГ, не включенным в перечень КСГ, для которых оптимальным сроком лечения является период менее 3 дней включительно, установленным в приложении 7/4 к Тарифному соглашению;

11.2. в случае если перевод пациента из одного отделения медицинской организации в другое обусловлен возникновением (наличием) нового заболевания или состояния, относящегося к тому же классу МКБ 10, что и диагноз основного заболевания и (или) являющегося следствием закономерного прогрессирования основного заболевания, внутрибольничной инфекции или осложнением основного заболевания, что не соответствует критериям оплаты случая лечения по 2 КСГ, оплата производится в рамках одного случая лечения по КСГ с наибольшим размером оплаты, а отнесение такого случая к прерванным по основанию перевода пациента из одного отделения медицинской организации в другое не производится.

Приложением 7/4 к Тарифному соглашению определен перечень КСГ, для которых длительность 3 дня и менее является оптимальными сроками лечения. Законченный случай оказания медицинской помощи по данным КСГ не может быть отнесен к прерванным случаям лечения по основаниям, связанным с длительностью лечения, и оплачивается в полном объеме независимо от длительности лечения. При этом в случае наличия оснований прерванности, не связанных с длительностью лечения, случай оказания медицинской помощи оплачивается как прерванный на общих основаниях;

11.3. доля оплаты случаев оказания медицинской помощи, являющихся прерванными, за исключением основания, связанного с проведением лекарственной терапии при ЗНО не в полном объеме, определяется в зависимости от выполнения хирургического вмешательства и (или) проведения тромболитической терапии, являющихся классификационным критерием отнесения данного случая лечения к конкретной КСГ.

В случае если пациенту было выполнено хирургическое вмешательство и (или) проведена тромболитическая терапия случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 80% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 85% стоимости КСГ.

Перечень КСГ в условиях дневных стационаров, которые предполагают хирургическое вмешательство или тромболитическую терапию представлен в приложении 7/6 к Тарифному соглашению.

В случае если хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились, случай оплачивается в размере:

- при длительности лечения 3 дня и менее - 40% стоимости КСГ;
- при длительности лечения более 3-х дней - 50% стоимости КСГ;

11.4. случаи проведения лекарственной терапии пациентам в возрасте 18 лет и старше и случаи медицинской реабилитации, являющиеся прерванными

по основаниям, изложенным в подпункте 7 пункта 11.1, оплачиваются аналогично случаям лечения, когда хирургическое вмешательство и (или) тромболитическая терапия не проводились.

12. Установить особенности оплаты медицинской помощи, оказанной пациентам одновременно по двум и более КСГ в соответствии с пунктом 4.3 раздела I Методических рекомендаций.

#### VII. Диализ с 01.01.2024:

##### 1. Установить:

1.1. Особенности оплаты услуг диализа (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

1.2. Базовые тарифы на оплату услуг диализа на уровне 2023 года:

- А18.05.002 «Гемодиализ» в размере 6 651,00 рублей;

- А18.30.001 «Перитонеальный диализ» в размере - 4 790,00 рублей.

1.3. Тарифы на оплату услуг диализа, рассчитанные с учетом коэффициента дифференциации 1,113 (приложение 15 к Тарифному соглашению на 2024 год).

#### VIII. Медицинская помощь, финансируемая из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области:

1. Установить способы оплаты медицинской помощи, оказываемой в дополнение к базовой программе ОМС:

1.1. При оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в амбулаторных условиях, за исключением выявления онкологических заболеваний; при заборе материала в амбулаторных условиях и направлении на проведение иммуногистохимических исследований; компьютерной томографии;

- за единицу объема медицинской помощи - за обращение (законченный случай) при оказании дополнительных объемов амбулаторно-поликлинической помощи в дополнение к базовой программе ОМС по решениям врачебной комиссии.

1.2. При оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- за законченный случай лечения заболевания, за прерванный случай госпитализации при оплате медицинской помощи, оказанной по профилю медицинской помощи «онкология» в специализированном отделении ГАУЗ «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 «кардиология», «сердечно-сосудистая хирургия» пациентам с острым коронарным синдромом (баллонная вазодилатация), пароксизмальными нарушениями ритма и проводимости (имплантация кардиостимуляторов) в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения));

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу при оплате медицинской помощи в части проведения прижизненных патологоанатомических исследований операционно-биопсийного материала (гистологических исследований) при заборе материала в стационарных условиях для исследования последствий в родильных отделениях.

1.3. За законченный случай лечения заболевания при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневных стационаров, в дополнение к базовой программе ОМС в части проведения процедуры криопереноса эмбриона.

2. Установить в дополнение к базовой программе ОМС:

2.1. Особенности оплаты медицинской помощи, оказываемой в дополнение к базовой программе ОМС (раздел II Тарифного соглашения на 2024 год).

2.2. Тарифы на оплату медицинских услуг (таблица 2 приложения 9/7 к Тарифному соглашению на 2024 год).

2.3. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказанной по решениям врачебной комиссии в амбулаторных условиях (зубопротезирование) (таблица 3 приложения 10 к Тарифному соглашению на 2024 год), среднее количество УЕТ в одной медицинской услуге, применяемое для обоснования объема и стоимости посещений при оказании первичной медико-санитарной специализированной стоматологической помощи в амбулаторных условиях в дополнение к базовой программе ОМС (таблица 2 приложения 6 к Тарифному соглашению на 2024 год).

2.4. Тарифы на оплату стационарной специализированной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с сердечно-сосудистыми заболеваниями (коронарография) «Сосудистой хирургии (коронарография)», «Кардиологические (коронарография)», за законченный случай лечения заболевания в размере 25 610,40 рублей.

2.5. Тариф на оплату законченного случая лечения заболевания по профилю медицинской помощи «онкология» в специализированном отделении круглосуточного стационара ГАУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины» «Онкологические (сверх БП ОМС)» в размере 52 238,15 рублей.

2.6. Тарифы на оплату высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с установленными объемами по видам высокотехнологичной медицинской помощи, моделям пациента, методам лечения (таблица 1 приложения 16 к Тарифному соглашению на 2024 год).

2.7. Тариф на оплату медицинской помощи (проведение процедуры криопереноса эмбриона), оказанной в условиях дневных

стационаров, «Гинекологические (ЭКО криоперенос) (сверх БП ОМС)» в размере 48 062,82 рублей  
(письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 27.12.2023 № 02/12798).

2.8. Суммы финансового обеспечения на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии на 2024 год, распределенные между медицинскими организациями по предложению Министерства здравоохранения Челябинской области (письмо от 28.12.2023 № 02/12800); дополнительные тарифы на оплату проезда к месту лечения и обратно пациентов, страдающих почечной недостаточностью и нуждающихся в проведении заместительной почечной терапии (приложения 18/1, 18/2 к Тарифному соглашению на 2024 год)  
(обращение ГБУЗ «ЧОКБ» от 08.12.2023 № 2199).

3. В связи с отсутствием финансового обеспечения из средств межбюджетных трансфертов Челябинской области плановых объемов предоставления медицинской помощи, оказываемой в условиях дневных стационаров по профилям медицинской помощи «онкология», «радиология» в дополнение к базовой программе ОМС на 2024 год, упразднить тарифы на оплату медицинской помощи:

№ п/п	Наименование тарифа	Наименование медицинской организации	Тариф на оплату законченного случая лечения, руб.
А	1	2	5
1	Радиологические (уровень 1) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины»	387 358,71
2	Радиологические (уровень 2) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер № 2»	81 012,75
3	Онкологические (уровень 2) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер № 2»	276 949,70
4	Онкологические (уровень 3) сверх БП ОМС	Частное учреждение здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» города Челябинск»	179 481,05
5	Онкологические (уровень 4) сверх БП ОМС	Общество с ограниченной ответственностью Медицинский центр «Лотос»	118 937,27
6	Онкологические (уровень 5) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 3»	96 163,00
7	Онкологические (уровень 6) сверх БП ОМС	Государственное автономное учреждение здравоохранения Ордена Трудового Красного Знамени «Городская клиническая больница	71 377,61

№ п/п	Наименование тарифа	Наименование медицинской организации	Тариф на оплату законченного случая лечения, руб.
А	1	2	5
		№ 1 г. Челябинск»	

#### IX. Разное с 01.01.2024:

1. Установить структуру тарифов на оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС, в дополнение к базовой программе ОМС, структуру дополнительных тарифов 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 в соответствии с ТПГГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов (раздел III Тарифного соглашения).

2. С целью расчета размеров штрафов применяемых к медицинской организации за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, установить подушевые нормативы финансирования в соответствии с ТПГГ на 2024 год и на плановый период 2025 и 2026 годов:

2.1. при оказании медицинской помощи в стационарных условиях:

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 8 225,50 рублей;

- случай госпитализации в условиях круглосуточного стационара по профилю «медицинская реабилитация» - 283,81 рублей;

2.2. при оказании медицинской помощи в условиях дневных стационаров;

- случай лечения в условиях дневных стационаров, за исключением медицинской помощи по профилю «медицинская реабилитация» - 2 095,18 рублей;

- случай лечения в условиях дневных стационаров по профилю «медицинская реабилитация» - 73,62 рублей;

2.3. при оказании скорой медицинской помощи вне медицинской организации - 1 180,47 рублей;

2.4. при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях:

- комплексное посещение для проведения профилактических медицинских осмотров - 772,24 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансеризации - 1 177,66 рублей, в том числе для проведения углубленной диспансеризации - 66,51 рублей;

- посещение с иными целями - 916,02 рублей;

- посещение по неотложной медицинской помощи - 502,63 рублей;

- обращение - 3 732,18 рублей;

- комплексное посещение по профилю «медицинская реабилитация» - 74,98 рублей;

- комплексное посещение для проведения диспансерного наблюдения из числа взрослого населения - 649,60 рублей.

3. Учитывая письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 28.12.2023 № 02/12799, установить уровни медицинским организациям:

№ п/п	Наименование медицинской организации	Код МО	Уровень МО
1	Общество с ограниченной ответственностью «Гемотест Урал»	827	1
2	Общество с ограниченной ответственностью "Ангема"	840	1
3	Общество с ограниченной ответственностью МЦ «Клиника доктора Скородумовой»	852	1
4	Общество с ограниченной ответственностью «Альфа»	853	1
5	Общество с ограниченной ответственностью «Эстмедика»	843	1
6	Общество с ограниченной ответственностью «Океан»	844	1
7	Общество с ограниченной ответственностью «Центр Диализа «Нефролюкс»	842	2
8	Общество с ограниченной ответственностью МЦ «Наркомед плюс»	804	1
9	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санаторно-курортный комплекс «Приволжский» Министерства обороны Российской Федерации	770	1

Медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС Челябинской области (за исключением вышеуказанных), установить уровень медицинской организации, действующий на конец 2023 года.

4. Рассмотреть вопросы:

4.1. Расширения дополнительных критериев учета применения тарифа «Офтальмолог (консультативно-диагностический прием пациентов с сахарным диабетом)» на оплату амбулаторной медицинской помощи, оказанной взрослому застрахованному населению с заболеваниями органа зрения и сопутствующей патологией «сахарный диабет» в офтальмологических центрах в соответствии с приказом от 21.04.2021 № 512 «О маршрутизации взрослых пациентов при оказании медицинской помощи по профилю «офтальмология» в Челябинской области» (обращение ГАУЗ «ГКБ № 11 г. Челябинск» от 28.11.2023 № 1150).

4.2. Установления тарифов на оплату:

- диспансерного наблюдения с применением телемедицинских консультаций для медицинских организаций, не имеющих прикрепленного населения;

- медицинской помощи, оказанной детскому застрахованному населению в школах для пациентов с сахарным диабетом, в том числе с применением телемедицинских консультаций

(обращение Министерства здравоохранения Челябинской области от 04.12.2023 № 06/11596).



4.3. Установления тарифов на оплату молекулярно-генетических исследований:

- А27.30.097 «Молекулярно-генетическое исследование транслокации t(15;17) в биопсийном (операционном) материале методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH);

- А27.30.032 «Молекулярно-генетическое исследование транслокации t(9;22) в биопсийном (операционном) материале»;

- А27.05.048 «Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене TP53 в крови»;

- А27.30.095 «Молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене FLT3-ITD»;

- А27.30.099 «Определение инверсии inv(16) в биопсийном (операционном) материале методом флюоресцентной гибридизации in situ (FISH)»

(письмо Министерства здравоохранения Челябинской области от 06.09.2023 № 02/8443 о направлении обращения ГБУЗ «ЧОКБ» от 15.08.2023 № 1459, обращение ГБУЗ «ЧОКБ» от 21.12.2023 № 2315).

4.4. Установления тарифа на оплату стоматологической медицинской помощи, оказанной гигиенистом стоматологическим (обращение Министерства здравоохранения Челябинской области от 07.12.2023 № 02/11768 о направлении мнения главного внештатного специалиста-стоматолога Гусева С.А.).

4.5. Установления управленческого коэффициента в размере 1,2 при оплате стационарной медицинской помощи (обращения ГАУЗ «ГКБ № 9 г. Челябинск» от 08.12.2023 № 2093, от 13.12.2023 № 2098).

4.6. Установление тарифов на оплату услуг диализа дополнительно к стоимости КСГ (обращение ГАУЗ «ОКБ № 3» от 26.10.2023 № 4884).

4.7. Увеличения коэффициента специфики оказания медицинской помощи до 1,3, применяемого при оплате стационарной медицинской помощи по профилю «Хирургия (комбустиология)»; увеличения коэффициента подуровня медицинской организации до 1,4 при оплате КСГ по профилю «Хирургия (комбустиология)» (обращение ГАУЗ «ГКБ № 6 г. Челябинск» от 21.12.2023 № 5253).

5. Устранение замечаний Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее – ФФОМС), изложенных в заключениях о соответствии Тарифного соглашения базовой программе ОМС, направленных письмами ФФОМС от 20.12.2023 № 00-10-26-2-06/21756, от 26.12.2023 № 00-10-26-2-06/22206, в части:

5.1. установления сопоставимых дифференцированных подушевых нормативов финансирования амбулаторной медицинской помощи;

5.2. не соответствия базовой программе ОМС порядка оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях (установление дополнительного тарифа на оплату медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования).

#### Х. Прочие условия Тарифного соглашения

Тарифное соглашение составляется и подписывается в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу. Один экземпляр хранится в Министерстве здравоохранения Челябинской области, второй – в ТФОМС Челябинской области.

Комиссия приняла единогласное решение:

1. Сформировать проект Тарифного соглашения на 2024 год и вынести его на рассмотрение сторон, подписывающих Тарифное соглашение.

Тарифное соглашение сформировать без включения в состав Тарифного соглашения раздела по распределению объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями. Решение о распределении объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи принимать отдельными решениями Комиссии.

2. Тарифное соглашение в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 30.12.2022 № 199-ОМС, а также Дополнительные соглашения к нему, считать утратившими силу с 01.01.2024.

3. По пункту 4 раздела IX «Разное» - вопросы отложить, рассмотреть на следующем заседании Комиссии.

4. По пункту 5 раздела IX «Разное» - принять к сведению замечания ФФОМС.

**По восьмому вопросу** повестки заседания Комиссии «Разное» (вопросы 2024 года) заслушали члена Комиссии, исполняющего обязанности директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Челябинской области, Миронову Н.Ю.:

1. Об утверждении форм распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями (приложение 10 к настоящему протоколу).

2. О внесении изменений в порядок контроля объемов медицинской помощи, утвержденный решением Комиссии:

- установить годовой контроль на январь 2024 года в пределах утвержденных объемов медицинской помощи, за исключением медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС в условиях дневных стационаров по КСГ ds02.008 – ds02.011.

Комиссия приняла единогласное решение:

1) По пункту 1 утвердить формы распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями.

2) По пункту 2 принять изменения в порядок контроля объемов медицинской помощи при приеме персонифицированного учета медицинской помощи за январь 2024 года.

Подписи членов комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в Челябинской области к протоколу Комиссии от 28.12.2023 № 15

Председатель Комиссии,  
Исполняющий обязанности Министра здравоохранения  
Челябинской области



Е.С. Недочукова

Председатель Союза медицинского сообщества  
«Медицинская палата Челябинской области»



Д.Ш. Альтман

Главный специалист по социально-экономическим вопросам  
Челябинской областной организации Профессионального  
союза работников здравоохранения Российской Федерации



В.Н. Кинихина

Первый заместитель директора АКЦИОНЕРНОГО ОБЩЕСТВА  
«АСТРАМЕД-МС» (СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ)  
ФИЛИАЛА В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ



А.А. Ковтун

Полномочный представитель Всероссийского союза  
страховщиков по медицинскому страхованию  
в Челябинской области, директор Челябинского филиала  
Общества с ограниченной ответственностью  
«АльфаСтрахование-ОМС» –  
заместитель директора по региональному управлению  
Общества с ограниченной ответственностью  
«АльфаСтрахование-ОМС»



Я.А. Коноваленко

Исполняющий обязанности директора  
территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Челябинской области



Н.Ю. Миронова

Член Союза медицинского сообщества  
«Медицинская палата Челябинской области»



М.Г. Москвичева

Главный врач Государственного автономного учреждения  
здравоохранения Ордена Знак Почета  
«Городская клиническая больница № 8 г. Челябинск»



Н.Н. Реминец

Председатель Челябинской областной организации  
Профессионального союза работников здравоохранения  
Российской Федерации



Д.П. Рыбаев

Заместитель Министра здравоохранения  
Челябинской области



Н.Н. Шеломова

Главный врач Государственного автономного учреждения  
здравоохранения «Центр охраны материнства  
и детства г. Магнитогорск»



М.В. Шеметова

Секретарь Комиссии,  
начальник отдела формирования территориальной  
программы обязательного медицинского страхования  
территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Челябинской области



С.Ю. Бушуева